



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ROTEIRO PARA ACELERAR A REDUÇÃO DA
MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL
EM MOÇAMBIQUE

Versão Final

14 de Maio 2008

Ministro da Saúde de Moçambique: S.Excia Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

Vice Ministra da Saúde de Moçambique: S. Excia Dra. Aida Libombo

Director Nacional de Promoção de Saúde e Controlo de Doenças: Dr. Mouzinho Saide

Departamentos:

DNSA de Promoção e Protecção de Saúde/DSC

Repartição de Saúde Familiar/DSC

Secção de Saúde Reprodutiva/DSC

Secção de Saúde Infantil/DSC

Secção de Saúde Escolar e do Adolescente/DSC

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Central de Maputo

Com a colaboração de:

OMS

FNUAP

UNICEF

FORTE Saúde- USAID

USAID

TABELA DE CONTEUDOS

LISTA DE ABREVIATURAS.....	2
PREFÁCIO	3
CAPITULO 1	4
A. INTRODUÇÃO.....	4
B. ANALISE DA SITUAÇÃO.....	5
C. PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL..	17
D. PRINCÍPIOS ORIENTADORES	18
CAPITULO 2 – PLANO ESTRATÉGICO	19
A. VISÃO	19
B. MISSÃO.....	19
C. FINALIDADE DO ROTEIRO.....	19
D. OBJECTIVOS GERAIS	19
E. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS.....	20
F. ESTRATÉGIAS CHAVE E INTERVENÇÕES.....	21
G. PACOTE DE SERVIÇO A SER OFERECIDOS AS MÃES E RECÉM NASCIDOS.....	22
H. MATRIZ OPERACIONAL 2008-2010	38
I. PLANO DE CUSTOS DO ROTEIRO.....	52
TABELA RESUMO DOS CUSTOS DO ROTEIRO DA SAÚDE MATERNA E NEONATAL.....	59
MATRIZ DE MONITORIA E AVALIAÇÃO	59
CAPÍTULO 3: DEFINIÇÃO DE PAPÉIS E RESPONSABILIDADES	60
ANEXO 1: Análise FFOA	63

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
ARV-PTV	Anti-retrovirais para a Prevenção da Transmissão Vertical
COEm	Cuidados Obstétricos de Emergência
COEmB	Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos
COEmC	Cuidados Obstétricos de Emergência Completos
CPN	Consulta Pre-Natal
CPP	Consulta Pos-Parto
CERN	Cuidados Essenciais do Recém nascido
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DDMAS	Direcção Distrital da Mulher, Acção Social e Saúde
DIS	Departamento de Informação de Saúde
DNPSCD	Direcção Nacional de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças
DNPC	Direcção Nacional de Planificação e Cooperação
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DNRH	Direcção Nacional de Recursos Humanos
ESMI	Enfermeira de Saúde materno-infantil
FNUAP	Fundo de Nações Unidas para as Populações
HCM	Hospital Central de Maputo
HP	Hospital Provincial
HR	Hospital Rural
HIV/ SIDA	Vírus da Inumodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
MM	Mortes Maternas
N.D	Não Disponível
ODMs	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PARPA	Programa do Governo para Redução da Pobreza Absoluta
PF	Planeamento Familiar
PS	Profissional de Saúde
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SMI	Saúde Materna e Infantil
SMNI	Saúde Materna, Neonatal e Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde.
TARV	Tratamento com Anti-retrovirais
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
UNICEF	Fundo da Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária

ROTEIRO PARA ACELERAR A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL EM MOÇAMBIQUE

PREFÁCIO

O direito à vida e à saúde é dois Direitos Humanos básicos. A mortalidade materna e neonatal constituem uma emergência silenciosa em África. A região africana, preocupada com esta situação, propôs aos governos dos países em desenvolvimento a elaboração de um Roteiro com intervenções prioritárias e específicas que possam contribuir para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal.

Em resposta a este apelo, o governo de Moçambique desenvolveu este Roteiro Nacional, com o objectivo de acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relacionadas com a saúde materna, neonatal e infantil.

Este documento será um guia para orientar os esforços nacionais que estão sendo feitos para a melhoria da saúde materna e neonatal. É importante registar que já foram elaboradas a Política de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, a Estratégia Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e iniciativas dirigidas à saúde materna e infantil, como a "Estratégia AIDI". Para este Roteiro foram identificadas as intervenções prioritárias e de maior impacto para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal, considerando a actual situação do país.

O sucesso da implementação deste Roteiro dependerá da determinação e compromisso do governo e parceiros nacionais e de cooperação para implementar, de maneira integrada e coordenada, as intervenções definidas.

Maputo 14 de Maio de 2008

O Ministro da Saúde

Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

CAPITULO I

A. INTRODUÇÃO

Do total de mortes maternas que ocorrem anualmente em todo o mundo, o continente africano aporta o maior número delas. A mulher nos países em desenvolvimento tem um risco 40 vezes maior de morrer por uma complicação durante a gravidez, parto ou puerpério do que uma mulher de um país desenvolvido. A Organização Mundial da Saúde (OMS) calcula que as complicações obstétricas ocorrem em cerca de 15% de todas as gravidezes, tendo como factor crucial para a sua sobrevivência o acesso atempado e adequado a tratamento que podem salvar as suas vidas, com medicamentos como antibióticos, sulfato de magnésio e cesariana.

Por outro lado em África em cada ano, morrem cerca de 1.12 milhão de recém nascidos (primeiro mês de vida). As mortes neonatais contribuem com cerca de 40% para a mortalidade infantil e esta proporção continua a aumentar apesar dos esforços feitos em prol da saúde do recém-nascido. O Objectivo de Desenvolvimento do Milénio (ODM) N° 4 sobre a redução da mortalidade infantil somente poderá ser alcançado se forem implementadas intervenções para melhoria da saúde neonatal.

Moçambique está entre os 10 países mais pobres do mundo. Com cerca de 20 milhões de habitantes segundo dados do censo de 2007, tem uma taxa de crescimento de 2.4%. Perto de 69.5% da população reside na zona rural e a densidade populacional média é de 20 habitantes/km² variando entre as províncias. As províncias mais populosas são a da Zambézia e Nampula, com 20.34% e 19.47% do total da população.¹

A esperança de vida ao nascer é estimada em 46.7 anos, com uma taxa de natalidade e mortalidade de 35.2 e 21.3 por 1.000 habitantes respectivamente, uma taxa de mortalidade infantil de 124 por 1.000 NV e neonatal de 48 por 1.000 NV. As crianças com menos de 5 anos de idade, constituem 17,1% e os adolescentes e jovens (10-24 anos) 32.2% da população total do país. O total das pessoas em idade reprodutiva [15-49 anos] constitui 49% da população, das quais cerca de 5 milhões são mulheres representando 24.9% da população total do País.²

Após o lançamento da Iniciativa por uma Maternidade Segura, em 1992, e embora tenha havido uma melhoria nos indicadores de saúde, como a redução das taxas de mortalidade materna, infantil e neonatal estas, ainda continuam altas em Moçambique.

Em 2000, foram definidos os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, dentro das quais dois estão directamente relacionados com a mortalidade materna e infantil, (ODM 4 e 5). Moçambique aderiu a esta iniciativa com o objectivo de acelerar os esforços para melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade materna e infantil. O Plano de Acção de Moçambique para Redução da Pobreza Absoluta 2005-2009 (PARPA II) define como um grande objectivo reduzir a pobreza absoluta o que contribuirá para a redução da mortalidade materna e infantil.

Moçambique, a semelhança da maioria dos países em desenvolvimento, enfrenta grandes desafios na redução da morbilidade e mortalidade materna e neonatal que podem ser organizados em factores directamente relacionados com o Sistema de Saúde e os factores indirectamente relacionados com o Sistema de Saúde.

¹ INE

² IDS 2003

Dentro dos factores directos ou inerentes ao sistema de saúde, é de sublinhar a fraca implementação das políticas, infra-estruturas de saúde inadequadas, fraca cobertura da rede sanitária, escassez de recursos humanos e falta de pessoal de saúde qualificado; fraco sistema de referência a todos os níveis; sistema de segurança de medicamentos e equipamentos inadequado assim como um fraco sistema de gestão a todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde.

Dentro dos factores não relacionados directamente com o sistema de saúde, podemos citar os factores sociais, económicos e geográficos que influem no acesso e aceitação por parte da população aos serviços de saúde.

A distancia à unidade sanitária (US), as vias de acesso, o tempo em chegar a US, o tempo de espera para ser atendido e os custos que representa, são factores fortemente relacionados com o acesso da população aos cuidados de saúde. Os factores socio-culturais, tais como crenças e práticas tradicionais, desigualdade de género, comportamentos errados em relação à saúde, e o fraco envolvimento e participação da comunidade nos assuntos relacionados à saúde e os serviços que são prestados, são também grandes desafios para a redução da morbi-mortalidade materno e infantil.

Todos estes factores podem ser agrupados usando o modelo dos três atrasos, sendo estes: 1º) atraso na decisão de procura de cuidados de saúde maternos ou neo-natais apropriados, 2º) atraso na chegada à unidade sanitária por falta de transporte ou um inadequado sistema de comunicação; e 3º) atraso em receber cuidados de emergência obstétricos ou neo-natais atempados e apropriados na US.

B. ANALISE DA SITUAÇÃO

O quadro epidemiológico do país está concentrado nas doenças infecciosas e parasitárias, principalmente a Malária, doenças diarreicas, infecções respiratórias, tuberculose e HIV/ SIDA, esta última com uma rápida propagação. O sector de saúde está preocupado com o fraco conhecimento das famílias sobre o planeamento familiar, importância do parto institucional, aleitamento materno, entre outras intervenções chave para a saúde materna e neonatal.

A mortalidade materna tem vindo a reduzir gradualmente de 1000 mortes por 100.000 nados vivos (NV) nos anos 90 para 408 mortes por 100.000 NV em 2003³. A implementação de uma Estratégia Nacional para a Redução da Mortalidade Maternal e Perinatal, iniciada em 2000, com principal objectivo de melhorar o acesso aos serviços de saúde reprodutiva, em particular do Planeamento Familiar (PF), atenção Pré-natal, Cuidados Obstétricos de Emergências Básicos (COEmB) e Completos (COEmC) e cuidados pós-natais, foi o instrumento base para a melhoria da saúde materna e neonatal e avanços na redução da mortalidade materna e neonatal.

A saúde materna:

Morte materna é a morte de uma mulher, devida a complicações da gravidez ou parto, facto que constitui uma tragédia no seio familiar e uma grande perda na sua comunidade, pois ela é o suporte moral, social e económico da família e da comunidade.

Entre 1998/1999 o Ministério da Saúde realizou um estudo para identificar as causas principais que determinam uma morte materna. Para este estudo, foi utilizada uma metodologia baseada num instrumento da OMS para avaliação das necessidades para uma Maternidade Segura, avaliando 90 casos de mortes maternas..

³ IDS 2003

A análise mostrou que 75% das mortes eram de causas directas, principalmente sepsis puerperal, hemorragias intra e pós – parto e rotura uterina, e dentro das causas indirectas estavam a malária, anemia, HIV/SIDA, pneumonia e intoxicação por medicamentos tradicionais. Também foram analisados factores que contribuíram para estas mortes, constatando-se que 68% das mortes aconteceram na área rural, e as causas mais frequentes nestas áreas foram a sepsis e ruptura uterina; nas áreas urbanas a maioria das mortes foram por malária e eclâmpsia. Em 74% de todos os casos houve atraso na decisão de procurar os cuidados médicos e em 66% a família demorou mais de um dia para decidir levar a senhora a uma unidade sanitária. Noutros aspectos analisados em relação à utilização dos serviços de saúde, 46% não tinham um controle pré-natal adequado.

Com base neste estudo, e em uma avaliação das necessidades da saúde materna, realizada em 2001 foi elaborada a Estratégia e o Plano Operacional para *Redução da Mortalidade Materna e Perinatal* utilizando para o efeito a abordagem das Três Demoras, para um período de 5 anos (2002 – 2005)

O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) realizado em 2003 mostrou que os indicadores da saúde materna e infantil melhoraram em comparação com os registados no IDS de 1997. A taxa de Mortalidade materna diminuiu de 692 óbitos por 100.000 nados vivos em 1997, para 408 óbitos por 100.000 nados vivos em 2003⁴.

O IDS mostrou também que embora 84.2% de mulheres grávidas frequentaram pelo menos uma consulta pré-natal, somente 47.7% tiveram parto institucional e 52% tiveram parto domiciliário. Os partos institucionais têm vindo a aumentar, mais mantendo uma diferença significativa entre a zona urbana (71.4%) e rural (28.6%), com diferença entre as províncias; a Cidade e Província de Maputo têm as taxas mais altas de cobertura (acima de 80%). As províncias de Cabo Delgado, Nampula e Zambézia têm as coberturas mais baixas (abaixo de 40%). A taxa de prevalência de anticoncepcionais nacional também aumentou de 6% em 1997 para 17% em 2003.

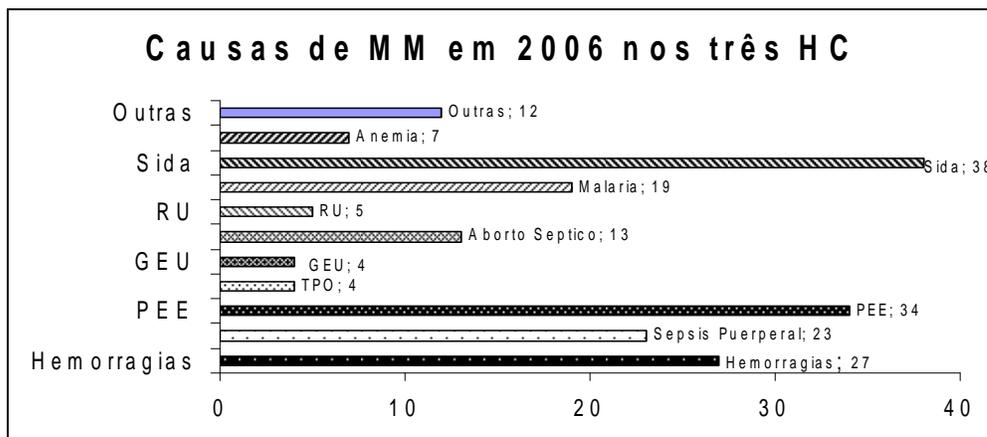
O estado nutricional da mulher é um determinante importante no resultado de uma gravidez, e contribui para o aumento da morbilidade e mortalidade materna. Em Moçambique, de acordo com dados do MISAU e dados do IDS de 2003, 8.6% das Mulheres em Idade Fértil (MIF) têm um Índice de Massa Corporal (IMC) de <18.5, e 15% tem um IMC de >25, enquanto que 70% das mulheres grávidas têm anemia, 48% das mulheres que amamentam têm anemia, e apenas 14% das mulheres receberam suplementação com Sal ferroso e Ácido Fólico por mais de 90 dias durante a gravidez

Analisando a mortalidade materna intra-hospitalar, que representa um indicador de qualidade de atenção à gravidez e parto. Segundo dados do SIS, a proporção de mortes maternas institucionais é ainda muita elevada, apesar de existir uma sub-notificação destas mortes. A informação recolhida pelo Sistema de Informação em Saúde (SIS) mostra que excepto Sofala, Inhambane e Maputo que tem notificado menos casos, nas restantes províncias se verifica um aumento da mortalidade materna institucional. O aumento da taxa da mortalidade intra-hospitalar poderá estar relacionado com a melhoria do funcionamento do programa de saúde materna que pode levar a um melhor registo e notificação dos casos. Apesar do esforço existente para notificar as mortes, ainda existe sub-notificação e discrepância entre os dados existentes nas unidades sanitárias da rede terciária e os dados reportados pelo SIS ao nível Provincial.

As mortes maternas ocorridas nas unidades sanitárias são analisadas nos comités de discussão de mortes maternas e perinatais. Embora estes comités estejam estabelecidos em todas as províncias e distritos, não funcionam de maneira eficiente e homogénea. .

⁴ IDS-1997/2003

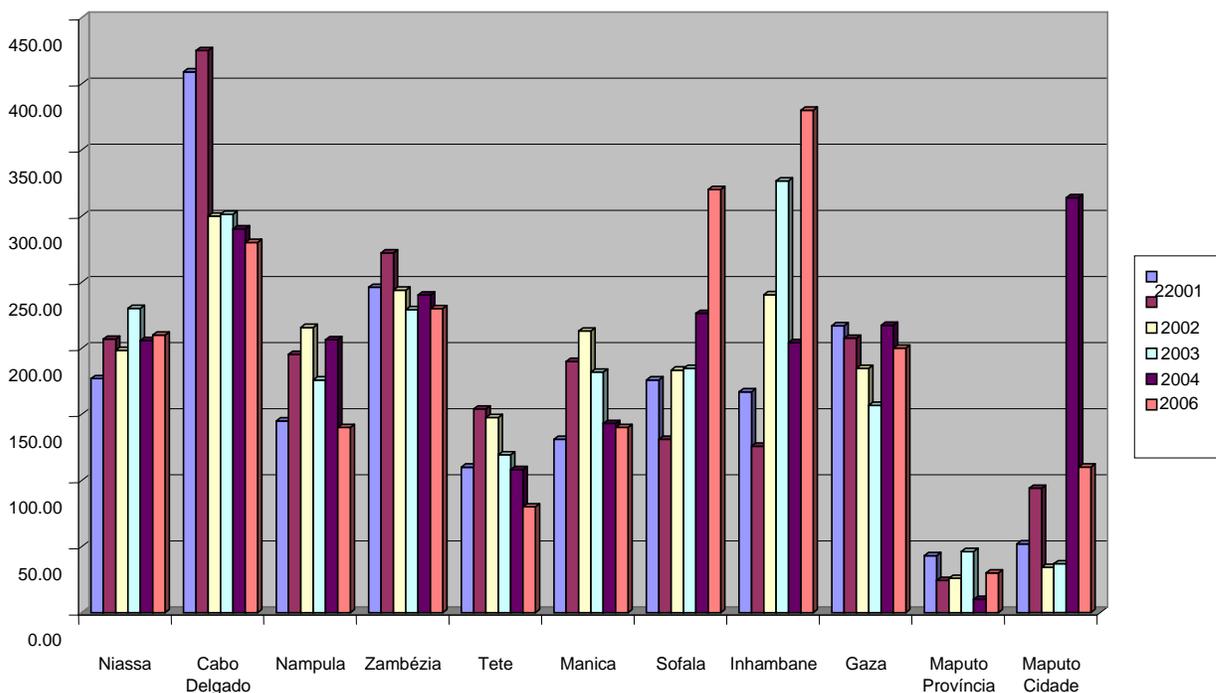
Gráfico 1 — Causas de Mortes Maternas nos Hospitais Centrais do País



FORNTE: MISAU-DPPS (2007)

O gráfico 1 mostra as principais causas de mortes maternas registadas no ano 2006 nos três hospitais centrais do país, observando-se que as principais causas registadas foram a pre-eclâmpsia / eclâmpsia, hemorragia e sepsis puerperal dentro das causas directas e HIV/ SIDA e malária dentro das causas de mortes maternas indirectas. O HIV/SIDA vem tomando proporções crescentes, contribuindo de forma significativa para a mortalidade materna.

Gráfico 2 — Mortalidade Materna Institucional por províncias — 2001-2006



Referente à mortalidade materna institucional, a província de Cabo Delgado apesar de reportar a taxa mais elevada, tem vindo a registar uma tendência decrescente até 2006. Para além desta província, também

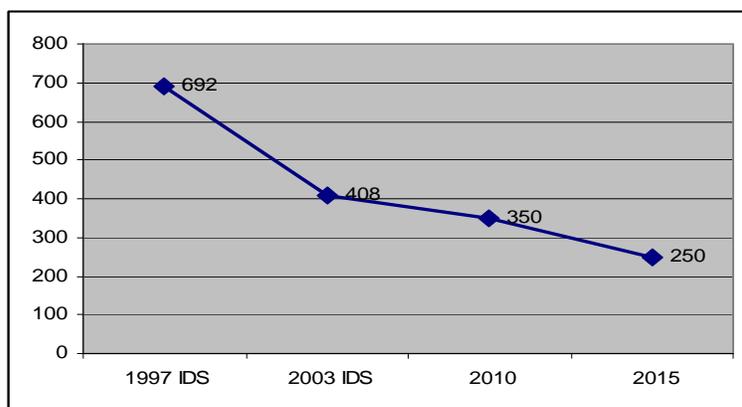
melhoraram na mortalidade materna, as províncias Nampula, Zambézia, Tete, Gaza e Maputo Cidade. As províncias de Niassa e Manica se mantiveram sensivelmente estacionárias, e Inhambane, Sofala e Maputo Província foram as províncias que registaram um aumento no último ano

Em relação a proporção de nados mortos com foco positivo à entrada da mãe na maternidade, observa-se que em 100 bebés que nascem mortos, em média 10 entram na maternidade ainda com foco positivo. Esta situação demonstra uma fraqueza contínua no fornecimento de cuidados de qualidade ao parto. Apesar desta alta incidência, acreditamos que esta proporção seja ainda maior, pois também para este indicador ainda persiste um grande sub-registo.

Sendo os hospitais Centrais, Provinciais e Rurais aqueles que possuem melhores condições, quer em termos de pessoal, quer em material e medicamentos, e neles observamos alta proporção de perdas de focos fetais nas suas maternidades, e considerando que este Indicador “mede” com considerável fidelidade a qualidade de atenção ao parto, existe uma necessidade imperiosa de dar maior atenção a qualidade de atendimento ao trabalho de parto.

Por outro lado a prevalência de fistulas obstétricas não é conhecida, mas segundo a OMS entre 2 a 5 mulheres por 1.000 partos sofrem de fistulas. Nos últimos 5 anos entre 8.000 a 20.000 mulheres devem ter sofrido de algum grau de fistula obstétrica, mais somente 700 foram tratadas nos últimos 10 anos⁵. Esta área de trabalho precisa de atenção devido à dimensão do problema, a estigmatização social de que sofrem as mulheres com este problema.

Gráfico 3 — Projecção na redução da Taxa de Mortalidade Materna com vista alcançar ODM No. 5



Para se atingir a meta de redução da Mortalidade Materna projectada pelo MISAU, de 350 mortes maternas/ 100.000 NV em 2010 e 250 mortes maternas/ 100.000NY em 2015 deverão ser feitos grandes esforços para melhorar a iniquidade no acesso aos cuidados obstétricos essenciais e de emergência, assim como melhorar o quadro de recursos materiais e humanos. Três elementos chave são necessários: os COEm, reforço do sistema de referencia e a aumento da participação comunitária

A Saúde neonatal:

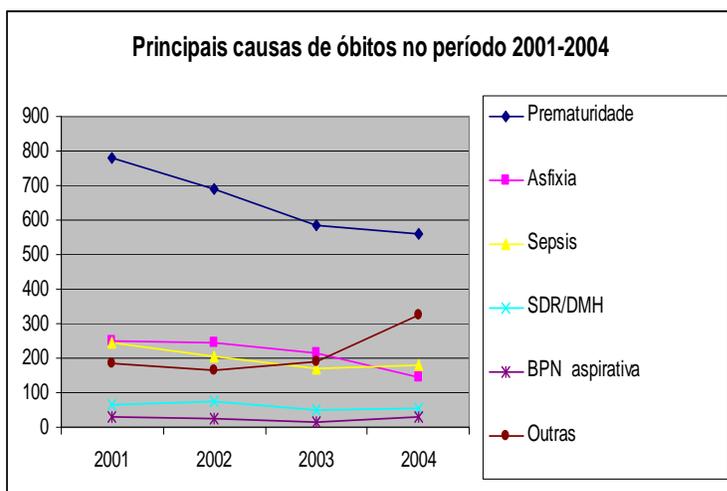
Embora a Estratégia Nacional de 2001 -2005 tenha sido desenhada para a Redução da Mortalidade Materna e Perinatal, as intervenções prioritárias foram direccionadas à componente materna, ficando

⁵ Fonte: Programa Nacional de Cirurgia-2006

negligenciada a componente peri e neonatal. Mesmo assim ao ter sido melhorada a atenção qualificada da gravidez e parto, melhorou indirectamente a componente neonatal, demonstrado pela avanço observado dos indicadores no IDS 2003, se comparado com o de 1997.

Moçambique tem vindo a registar uma redução contínua nas taxas de mortalidade nas crianças menores de 5 anos. Entre 1997 e 2003, as taxas de mortalidade em menores de 5 anos decresceu em cerca de 18%, de 219% para 178% por 1.000 nados vivos respectivamente, enquanto as taxas de mortalidade infantil diminuíram em cerca de 15%, de 147% para 125% por 1.000 nados vivos. Da mesma forma a mortalidade neonatal diminuiu de 59 por 1.000 nados vivos em 1997 para 48 óbitos por 1.000 nados vivos em 2003.

Gráfico 4 — Causas de Mortalidade e Morbilidade Neonatais



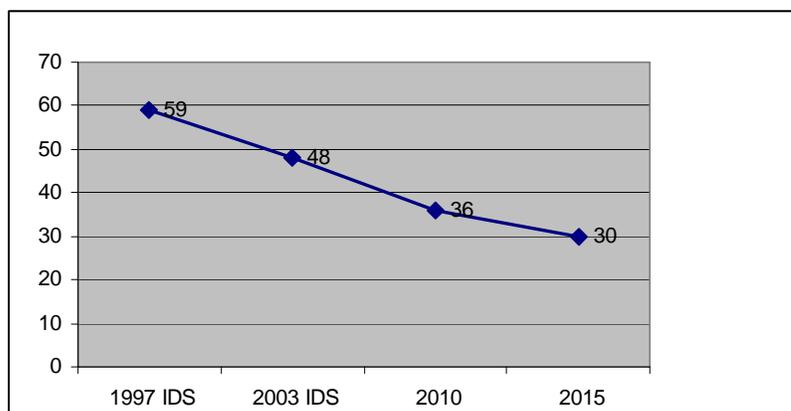
Sistematizar, determinar e quantificar as causas da mortalidade neonatal constitui um desafio para o MISAU, pois não existe um registo sistemático. Dados das enfermarias de pediatria dos hospitais rurais, provinciais e centrais de 2006 apontam que o baixo peso ao nascer/prematuridade; Asfixia; Sepsis; HIV/SIDA, sífilis, malária, pneumonia e outras infecções congénitas são as principais causas da mortalidade neonatal.

No país, o programa de sobrevivência infantil incidia inicialmente na diarreia,

pneumonia, e malária, denominado CDD/IRA/Malária e doenças preveníveis pela vacinação.

Embora tenha havido esta melhoria, as taxas de mortalidade são ainda bastante altas e mais de metade desses bebés morrem em casa sem terem recebido quaisquer cuidados de saúde.⁶

Gráfico 5: Projecção na Redução da Taxa de Mortalidade Neonatal com vista a alcançar ODM N° 4



⁶ IDS 2003

Apesar de a taxa de mortalidade neonatal ter decrescido entre 1997 e 2003, para atingir a meta traçada por Moçambique, devem ser implementadas e expandidas intervenções dirigidas à grávida durante o atendimento pre-natal e melhoria dos cuidados essenciais do recém nascido normal e de risco.

A tabela a seguir mostra a evolução dos principais indicadores da saúde materna e neonatal no período de 2002 a 2006. Todos os indicadores mostram uma evolução positiva, embora que alguns persistem ainda muito baixos, como o planeamento familiar e os partos institucionais

Tabela 1 — Evolução dos principais Indicadores de Saúde Materna e Neonatal (2002-2006)

Indicador	2002	2003	2004	2005	2006
Mortalidade Materna intra-hospitalar	182	177	181	180	190
Mortalidade Neonatal	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
% de partos institucionais	43	45.3	46,8	50	48.4
Planeamento Familiar	3.9	4.9	4.3	4.7	4.3
Cobertura de pre-natal	102	109	110,8	97.5	108
Consulta pos-parto	56	57.4	60,5	55.6	63.8
Baixo peso à nascença/partos prematuros	11.2	10.4	9.8	10.2	10.6
PTV – mães que receberam ARV	253	877	3182	7690	28516
PTV – RN que receberam ARV	328	1490	3335	5439	12042
RN que fizeram profilaxia e testaram+	0	14	357	581	1026

Fonte: PES 2006

Sistema Nacional de Saúde

O Sistema de Saúde compreende principalmente o sector público (Sistema Nacional de Saúde) com três níveis de gestão: o Ministério de Saúde, as Direcções Provincias de Saúde e as Direcções Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social.

1.1 O Serviço Nacional de Saúde está organizado em quatro níveis de prestação de cuidados de saúde:

- **Nível primário (I)** constitui o nível mais periférico e constitui o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde, oferecendo atenção primária, compreende os Centros de Saúde rurais e urbanos e Postos de Saúde.
- **Nível Secundário (II)** é o primeiro nível de referência, constituído pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais.
- **Nível Terciário (III)** é o segundo nível de referência das as unidades do nível II, não somente para os doentes provenientes do nível II, se não também para aqueles que moram nas imediações do Hospital Provincial e que não tem Hospital Rural nem Geral para onde possam ser transferido. É constituído por Hospitais Provinciais.

— **Nível Quaternário (IV)** representa o nível mais diferenciado de cuidados de saúde. Constituído pelos Hospitais Centrais, situados em Nampula, Beira e Maputo servindo de referência para as províncias das zonas Norte, Centro e Sul respectivamente. Também a este nível estão os Hospitais Especializados que prestam cuidados mais diferenciados, de referir que estes hospitais só podem ser criados quando se prove que essa é a forma mais eficaz de prestação de cuidados de uma especialidade ex.: Hospitais psiquiátricos.

Em 2006, a rede sanitária consistia em 1.338 US, destas 3 hospitais centrais, 7 provinciais, 4 hospitais gerais, 31 hospitais rurais, 775 Centros de saúde sendo 112 unidades sanitárias tipo I, 334 tipo II, 329 tipo III e 514 postos de saúde, o que pode traduzir-se em numa média nacional de **15.000 habitantes por unidade sanitária**. Do total da rede, apenas 3% das unidades sanitárias, (hospitais rurais/gerais, provinciais e centrais) têm uma capacidade expressiva para resolver problemas complexos. Moçambique tem um hospital para cada 434,368 pessoas, com poucas variações na última década⁷.

Apesar do grande aumento na cobertura dos serviços e a melhoria dos indicadores do estado de saúde, entre os anos 2000 e 2004, o acesso geográfico não mostrou grandes mudanças. Apenas 36% das pessoas têm acesso a uma unidade sanitária a 30 minutos de distância a pé das suas casas⁸.

Em Moçambique, apesar de o sistema de saúde ser principalmente público, o sector privado, lucrativo e não lucrativo, está crescendo nos últimos anos e adquirindo importância progressivamente. O sector privado com fins não lucrativos, é representado principalmente pelas organizações não governamentais (ONG's) e algumas entidades religiosas em parceria com o MISAU. O Sector privado com fins lucrativos existe apenas nas zonas urbanas.

1. 2 Recursos humanos existentes

Um dos maiores desafios do MISAU é a escassez de recursos humanos a todos os níveis, embora que o número de habitantes por trabalhador de saúde qualificado melhorou ligeiramente, de 1.947 em 2000 para 1.881 habitantes em 2003. Em relação ao nível dos quadros de saúde cerca de 63% são trabalhadores de saúde do nível básico ou elementar, 20% do nível básico, 13% do nível médio, e apenas 4% do nível superior. Com uma densidade de 3 médicos e 21 enfermeiras por 100 000 habitantes, o país está longe dos padrões internacionais recomendados 1 médico por 5.000 habitantes e pelo menos 4 habitantes por enfermeiro.⁹

A pesar dos esforços realizados para a formação e colocação de pessoal com maiores capacidades técnicas, a pirâmide de recursos humanos ainda é muito larga na base e muito pequena no topo, ou seja, o sistema depende ainda de trabalhadores como pouca ou nenhuma formação profissional. Estes recursos humanos, especialmente os de categorias superiores (médicos obstetras e pediatras), não estão distribuídos equitativamente, estando principalmente concentrados nas áreas urbanas. A cidade de Maputo absorve o maior número de médicos especialistas (obstetras e pediatras): 18 de 42 obstetras e 21 dos 46 pediatras entre nacionais e estrangeiros.

⁷ MISAU – CSS 2004

⁸ PARPA II

⁹ MISAU/DNS, 2005).

Tabela 2 – Médicos especialistas das áreas básicas por número de habitantes em 2005

Especialistas	Província de Maputo	Resto País
Med.Int e Subesp.	1/ 50.000	1/ 770.000
Pediatria	1/ 87.000	1/ 714.000
Ginecologia	1/ 80.000	1/ 714.000
Cirurgia Geral e Sub	1/ 100.000	1/ 1.000.000
Ortopedia	1/ 190.000	1/ 1.100.000

Fonte: MISAU/ DNAM, 2005

Uma das causas principais para esta situação é que o produto das instituições de formação tem sido inadequado (tanto em quantidade como em qualidade) para que possa responder adequadamente às necessidades crescentes do país. Por outro lado, tem-se verificado a falta de motivação entre os trabalhadores de saúde o que pode por em risco a qualidade dos serviços que se oferecem aos utentes. Adicionalmente, o sector tem registado nos últimos anos, perdas importantes devidas ao HIV/SIDA e a saída do pessoal para as ONG's e fora do Sistema Nacional de Saúde o qual contribui para enfraquecer ainda mais a já débil situação dos recursos humanos em Moçambique.

Devido ao cometimento do Governo para a solução dos problemas de saúde foram criadas várias instituições superiores de formação de saúde, 2 Universidades (U) com Curso de Medicina, U. Católica e U. Lúrio, um Instituto Politécnico com cursos pertinentes para os cuidados maternos e infantis, o Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA), com curso superior de Enfermeiras de Saúde Materna, Enfermeiras de Saúde Infantil e Técnicos de Cirurgia. A Formação e colocação destes Técnicos nos distritos irão contribuir para a redução da mortalidade materna neonatal e Infantil.

Com vista a solucionar esta situação e garantir pessoal qualificado suficiente em todo o país, foi elaborado o Plano Acelerado de Formação, adicional ao Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos. Será também desenvolvido neste âmbito um pacote de incentivos para os trabalhadores de saúde, para garantir a colocação e retenção do pessoal em todo o país, sobretudo nas áreas mais remotas e/ou desfavorecidas.

Os profissionais de saúde que estão directamente envolvidos nos cuidados maternos e infantis são as Parteiras Elementares, Enfermeiras de Saúde Materna Infantil (SMI), Técnicos de Cirurgia, Técnicos de Medicina, e Médicos (médicos de clínica geral, obstetras e pediatras), para além de outro pessoal de saúde com formação geral como enfermeiras e agentes de medicina. A tabela abaixo mostra a distribuição do pessoal especificamente treinado para tratar questões relacionadas com a saúde materna, neonatal e infantil:

Tabela 2 — Distribuição de pessoal qualificado para prestar serviços SMI

Província	Médicos			Técnicos Cirurgia	ESMI	PE
	Obstetras	Pediatras	Clínica geral			
Maputo Cidade	12	21	17	7	252	12
Maputo província	0	0	30	2	95	65
Gaza	2	3	20	4	138	31
Inhambane	2	2	22	4	109	134
Sofala	3	5	34	4	161	58
Manica	2	2	23	2	121	57
Tete	4	2	21	3	136	78
Zambézia	4	4	34	5	158	85
Nampula	4	5	52	7	150	155
Cabo Delgado	1	1	21	5	116	67
Niassa	2	2	20	1	76	121
Total	42	46	323	44	1524	872

Fonte: MISAU/DNRH/2006I

1.3 Disponibilidade, acessibilidade e uso dos serviços na saúde materna e neonatal

O fortalecimento dos serviços de cuidados de saúde primários constitui uma prioridade absoluta para o MISAU.O. Das 1338 US, 910, que representa o 70% tem maternidade, isto quer dizer que oferecem serviços maternos e neonatais. Apesar disto, o sistema de saúde tem muitas limitações em recursos humanos, equipamentos e infra-estruturas, que não permite uma prestação adequada de cuidados obstétricos e neo-natais, por forma a fazer face as complicações durante a gravidez, parto, pós-parto e do recém-nascido, pelo que são ainda necessários esforços e recursos para se fortalecer o sistema.

1.3.1 Disponibilidade de serviços de COEm e CERN

A Estratégia para a redução da Mortalidade Materna e Perinatal definiu, como uma intervenções chave a oferta de serviços de Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos e Completos, com o objectivo de melhora o atendimento ao parto e suas complicações - terceiro atraso (receber tratamento atempado e apropriado).

Embora desde 2002 se tenha treinado o pessoal de saúde envolvido nos cuidados maternos, e equipados as unidades sanitárias para oferecer serviços de CEOm, neste momento, existem apenas 252 US oferecendo COEm¹⁰ (tabela 3)

¹⁰ Esta informação poderá sofrer modificações após a análise dos dados da Avaliação Nacional das Necessidades em Saúde Materna e Neonatal planificada para o ano 2007.

Apesar do processo de acreditação das US em COEm ter iniciado em 2002, a cobertura de COEmB ainda é muito baixa (1,23 / 500.000 habitantes em 2003¹¹). Para que uma US mantenha sua condição de acreditada deverá realizar todas as funções obrigatórias no período de pelo menos três meses e para que isto seja possível é necessário manter o abastecimento de medicamentos, material e equipamentos essenciais, manter o pessoal que foi treinado e garantir que este pessoal realize todas as funções.

A saúde neonatal tem vindo a ganhar importância no MISAU, e dentro das intervenções prioritárias está a acreditação das unidades sanitárias para oferecer Cuidados Essenciais do Recém Nascido. Para tornar isto possível a estratégia é equipar as US com medicamentos, materiais e equipamentos, assim como treinar o pessoal que presta seus cuidados para melhorar suas habilidades em relação aos cuidados que são prestados ao recém nascido

Tabela 3: Disponibilidade dos serviços de COEm/ 2006

Província	População	Total de Distritos	Total de US	Total Maternidades	US com COEC	US com COEB	Sistema de referencia	
							Ambulâncias	Rádio
Niassa	1,027,037	16	124	105	2	14	9	0
Cabo Delgado	1,650,270	17	96	65	4	13	13	4
Zambézia	3,794,509	17	175	118	5	16	13	46
Nampula	3,859,348	21	194	174	7	60	21	26
Manica	1,359,923	10	81	78	2	29	11	44
Tete	1,551,949	13	101	76	4	16	8	38
Sofala	1,676,131	13	137	72	5	25	45	24
Inhambane	1,412,349	14	104	90	3	38	8	22
Gaza	1,333,106	12	122	66	4	26	11	46
Maputo Província	1,072,086	8	162	56	2	11	15	6
Maputo cidade	1,244,227	3	42	10c/H CM	4	4	8	3
TOTAL	19,980,935	144	1338	910	42	252	133	198

Fonte: MISAU-SIS 2006

¹¹ MISAU SIS-2006

1.3.2 Disponibilidade de serviços de Planeamento Familiar

O planeamento familiar (PF) constitui um dos 4 pilares para uma Maternidade Segura. O PF foi introduzido em 1978 e tornou-se num Programa Nacional em 1980 com o objectivo de proteger e melhorar a saúde materna, em particular das mulheres com alto risco reprodutivo, e melhorar a saúde das crianças através da promoção do espaçamento de pelo menos 2 anos entre nascimentos sucessivos. Em Moçambique o PF é oferecido gratuitamente em todas as unidades sanitárias com serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Embora a taxa de prevalência de contraceptivos (métodos modernos) tenha crescido de 6% em 1997 para 14.2% em 2003, existe uma diferença muito grande entre as províncias (Niassa-8% e Província de Maputo 30% em 2003, sendo o método moderno mais utilizado a pílula com 5.4%, seguido das injecções e o uso do preservativo, este último com 3.7% de utilização. Por outro lado, o número de mulheres entre os 15 e 49 anos de idade que não fazem uso de nenhum método contraceptivo é extremamente alto: 81.8% e a média de filhos por mulher é de 5.5¹².

Mesmo tendo aumentado a utilização do PF, existe uma grande deficiência na gestão da logística do PF a todos os níveis, desde o nível central às províncias e principalmente ao nível distrital, o que tem contribuído não só para a ruptura de stock como também para a provisão deste serviço, assim como também para a fraca e em outras vezes não fiável informação da implementação deste programa.

1.3.3 Disponibilidade de outros serviços preventivos

Em todas as US do país onde existe pessoal treinado, são oferecidos outros serviços preventivos dentro das consultas pré-natais, consultas pós-natais e controle do crescimento da criança, etc.. A norma estabelece que os serviços da saúde materna e infantil sejam oferecidos diariamente, para evitar a perda de oportunidades e na procura de serviços; mesmo assim, se tem verificado em algumas supervisões às províncias que nem sempre estes serviços são oferecidos diariamente.

Durante o atendimento pré-natal, para além do seguimento da gravidez, são oferecidos serviços tais como: prevenção da anemia com suplementação de ferro, micronutrientes e mebendazol, prevenção da transmissão vertical (PTV), e prevenção da malária na gravidez, através do tratamento intermitente preventivo (TIP) e distribuição de RMTI tratadas com insecticida (RMTI). Embora a decisão política de integrar estas intervenções ou serviços no atendimento pré-natal, nem todas as US oferecem os mesmos, já seja por falta de pessoal treinado, condições das US ou falta de material, medicamentos ou equipamentos necessários

1. 4 Bens e Serviços incluindo o Sistema de referência

A procura e distribuição de medicamentos, equipamentos e artigos médicos, para a saúde materna e neonatal é feita pelo MISAU através da Direcção de Assistência Médica (DNAM) e Central de Medicamentos e artigos médicos (CMAM), mas a situação em termos de disponibilidade ao nível das US e manutenção, é preocupante no Sistema Nacional de Saúde. É necessário o desenvolvimento de uma estratégia coesa que reúna juntamente os bens e produtos da saúde materna, neonatal e infantil (medicamentos, equipamento e artigos médicos); Isto facilitará a planificação e gestão adequadas, peças fundamentais para a funcionalidade das Unidades Sanitárias. O MISAU está empenhado em desenvolver esta estratégia para fazer face a todos estes constrangimentos.

¹² IDS 1997 / 2003

O sistema de referência é na prática pouco funcional pelo que na procura de melhores cuidados, com frequência, os utentes tendem a ignorar os níveis inferiores e acedem ao SNS directamente nos níveis de referência causando a superlotação e a ineficácia na utilização dos recursos a estes níveis. A adicionar a estes problemas há a fragilidade dos níveis de atenção mais periféricos (centros de Saúde e Hospitais Rurais/Gerais) que tem sido atribuída a: i) Desequilíbrio das equipas de Saúde destacando-se a baixa qualificação dos profissionais colocados nas regiões mais remotas; ii) Fraca motivação dos trabalhadores resultantes das difíceis condições de trabalho, de vida e baixas remunerações; iii) Infra-estruturas em condições de conservação e higiene deficientes; iv) Ausência de equipamentos básicos ou em mau funcionamento; v) Supervisão deficiente pelos níveis superiores.

Para além da disposição espacial e funcionalidade dos hospitais rurais/gerais, a rede de comunicações (rádios, telefones), transportes (ambulâncias), e estradas deficientes, tem importância na operacionalidade do sistema de referência. Devido a dificuldades de comunicações (estradas), longas distâncias entre as unidades periféricas e de referência aliadas à ausência de transportes regulares entre os distritos e localidades, o acesso físico a unidades de referência tem sido severamente limitado.

1.5 *Envolvimento Comunitário*

A participação e envolvimento da comunidade na saúde materna e neonatal continuam a ser uma área crucial para complementar os esforços feitos pelo MISAU ao nível das unidades sanitárias. Após a Declaração de Alma Ata em 1978, sobre os Cuidados de Saúde Primários, a participação comunitária tem sido uma estratégia chave na melhoria dos cuidados de saúde da população.

Embora seja uma componente importante na estratégia de redução da mortalidade materna e perinatal 2001-2005, não tem sido suficientemente implementada devido à priorização de outras intervenções da estratégia, tendo-se focalizado os esforços na provisão de Cuidados Obstétricos de Emergências (COEm). Contudo foram feitas algumas acções de modo a minimizar o impacto negativo da primeira demora como a capacitação dos líderes comunitários, reactivação e ou a criação dos Conselhos Comunitários de Saúde, estabelecimento de planos de transporte comunitários para as emergências obstétricas e infantil.

C. PRINCIPAIS DESAFIOS PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

- Distribuição equitativa de pessoal qualificado tanto nas zonas urbanas como rurais por áreas de especialização e nível das US existentes;
- Aumento e manutenção de US oferecendo COEm, especialmente nas áreas rurais;
- Aumento do número de unidades sanitárias que oferecem o Tratamento Intermitente Preventivo da malária e Prevenção da Transmissão Vertical;
- Reposicionamento do Planeamento Familiar.
- Envolvimento do homem nos problemas relacionados com a saúde reprodutiva, e, em especial do planeamento familiar;
- Necessidade de melhorar o primeiro e o segundo atraso através de uma estratégia clara de participação comunitária nos problemas relacionados com a saúde da mãe e da criança;
- Construção de casas de espera para a mulher grávida em todas as unidades sanitárias com maternidade.
- Promoção de acções para melhorar a saúde neonatal como o método canguru e aleitamento materno exclusivo até aos seis meses;
- Melhoria do estado nutricional das mulheres grávidas e crianças;
- Prevenção de doenças como sífilis congénita, tétano neonatal entre outras;
- Sistema de monitoria da mortalidade materna e neonatal, assim como dos COEm e CERN;
- Melhoria da qualidade das consulta Pré Natal, assistência ao Parto e Consulta Pós— Parto e Pós-Natal;
- Aumento da Cobertura dos Partos institucionais

D. PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Os seguintes princípios serviram de base para a planificação e implementação deste Roteiro Nacional, de forma a garantir a sua efectividade, sustentabilidade e institucionalização:

- **Base nas evidências:** Garantindo que as intervenções definidas sejam baseadas em evidência científica e com custo eficácia demonstrado.
- **Baseado nos Direitos Humanos e equidade de género na saúde:** O direito à vida representa um princípio básico dos direitos humanos. A abordagem de género ao longo de todo o programa e a abordagem dos direitos humanos será básico na planificação e implementação do roteiro.
- **Apropriação e relevância:** Ter um entendimento claro sobre o estado da saúde materna e neonatal no país e a percepção global em relação a este assunto.
- **Integrado no Sistema de Saúde e na Comunidade:** Deve estar focalizado nos cuidados de saúde contínuos, ao longo do ciclo de vida e articulando os serviços prestados no SNS com o nível comunitário. Implica o reforço no sistema de referência a todos os níveis.
- **Complementaridade:** Baseado nos programas existentes e reconhecendo as vantagens dos diferentes actores, parceiros e outros sectores do governo na planificação, implementação e avaliação dos programas de saúde materna e neonatal.
- **Parcerias:** Promovendo a coordenação entre os programas e os parceiros, assim com a sociedade civil com o objectivo de melhorar a colaboração, maximizar os recursos e evitar duplicação de esforços.
- **Distribuição das tarefas:** Definir papéis e responsabilidades para todos os actores na implementação, monitoria e avaliação das actividades identificadas, para desta forma, aumentar as sinergias.
- **Transparência e Prestação de contas:** Promover o sentido de responsabilidade, prestação de contas e transparência entre as diferentes partes do governo, assim como de outros intervenientes para garantir a implementação e sustentabilidade das intervenções definidas no roteiro.
- **Equidade e acessibilidade:** Apoiar a expansão das intervenções para aumentar o acesso equitativo aos serviços de saúde, com uma especial atenção aos jovens, e grupos vulneráveis, especialmente nas zonas rurais e áreas mais desfavorecidas.
- **Planificação e implementação por fases:** Promover a implementação por fases bem definidas, com um tempo realístico e um bom sistema de monitoria e avaliação que possam permitir uma replanificação, se necessário, para obter melhores resultados.

CAPITULO II – PLANO ESTRATÉGICO

O Governo de Moçambique através do Ministério da Saúde, com apoio dos parceiros, desenvolveu este Roteiro Nacional como um plano estratégico para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal. Espera-se que este Roteiro contribua, de forma efectiva, aos objectivos e metas traçados nas Directrizes do Governo para o Sector Saúde e consequentemente o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

A. VISÃO

Mulheres e crianças com acesso universal aos serviços de saúde materna e neonatais integrados, de qualidade, a baixos custos e sustentáveis.

B. MISSÃO

Promover, apoiar e facilitar uma provisão integrada de serviços de saúde materna e neonatal efectivos e de qualidade, a nível do SNS e da comunidade.

C. FINALIDADE DO ROTEIRO

Os *Objectivos do Desenvolvimento do Milénio* preconizam uma redução em 2/3 das taxas de mortalidade em menores de 5 anos e a redução em 3/4 da mortalidade materna até 2015. Através da implementação do Roteiro Nacional espera-se atingir as seguintes metas definidas nas Directrizes de Política para o Sector Saúde, estabelecidos de acordo com os ODMs:

- Acelerar a redução da Taxa de Mortalidade neonatal, dos 48 por mil registados em 2003 para 36 por mil em 2010 e 30 por mil em 2015.
- Acelerar a redução da Razão de Mortalidade Materna dos 408 por 100.000 nados vivos registados em 2003 para 350 por 100.000 em 2010 e 250 por 100.000 em 2015.

D. OBJECTIVOS GERAIS

1. Garantir o acesso a assistência qualificada durante a gravidez, parto, período neonatal e pós-natal, incluindo o planeamento familiar, a todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde.
2. Reforçar a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidade para melhorar a saúde materna e dos recém nascidos.

E. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

I. Garantir o acesso a assistência qualificada durante a gravidez, parto, período neonatal e pós-natal, incluindo o planeamento familiar, a todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde.

- I.a Expandir e melhorar a qualidade da Atenção pré-natal.
- I.b Expandir e melhorar a qualidade da Atenção ao Parto e ao Recém-Nascido normal e de risco
- I.c Expandir e melhorar a qualidade da Atenção no período Pós-natal (mãe e recém-nascido) incluindo o Planeamento Familiar
- I.d Expandir as intervenções de PTV e TIP Malária.

II. Reforçar a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidade, para melhorar a saúde materna e dos recém nascidos.

- II.a Estabelecer e/ ou fortalecer os Comités Comunitários de Saúde.
- II.b Mobilizar a comunidade para participar nas intervenções comunitárias.
- II.c Fortalecer a capacidade da comunidade para os cuidados continuados; os cuidados na comunidade e a procura de cuidados de saúde atempadamente.

F. METAS ESPECIFICAS DEFINIDAS PELO MISAU

- Aumento da taxa de cobertura das 1as consultas pré-natais (CPN) de 85% em 2003 para 90% em 2010 e para 95% em 2015 e do número médio de CPN por gravidez de 2,9 em 2004 para 3,5 em 2010 e para 4 em 2015,
- Aumento da Taxa de Cobertura dos partos institucionais dos 48 % registados em 2004, para 56 % em 2010 e para 66 % em 2015,
- Aumento da taxa de cobertura de necessidades satisfeitas para complicações obstétricas tratadas em Unidades Sanitárias com COEm Essenciais, dos 16% em 2001 para 30% em 2010 e 50% em 2015, através do:
 - ◆ Aumento do número de US que prestam COEm básicos dos actuais 1,23 / 500.000 habitantes em 2003 para 3,0 / 500.000 habitantes em 2010 e 4,0 / 500.000 habitantes em 2015 e completos dos actuais 0,97 / 500.000 habitantes para 1,1 / 500.000 habitantes em 2010 e 1,2 / 500.000 habitantes em 2015, com um particular esforço nas Províncias mais mal servidas (Zambézia, Nampula, Niassa, Cabo Delgado e Inhambane),
 - ◆ Melhoria do sistema de referência obstétrica com existência, até 2010, de:
 - ◆ ambulâncias em funcionamento, em 70 % das US com Serviços Obstétricos de emergência básica e em 100 % das US com Serviços Obstétricos de emergência completos,
 - ◆ rádios de comunicação operacionais em 100% das sedes distritais e 50 % das localidades com camas obstétricas,
- Redução da taxa de prevalência da parasitémia malárica em mulheres grávidas, dos 20% registados em 2001, para 15% em 2010 e 10% em 2015,
- Pelo menos 60% das mulheres grávidas possam beneficiar, até 2010, da combinação mais adequada de medidas de protecção pessoal e colectiva; incluindo as pulverizações contra o mosquito vector da malária, RMTI tratadas com insecticidas e outras intervenções que sejam acessíveis e de baixo custo,

- Pelo menos 60% das mulheres grávidas que correm risco de contrair malária tenham acesso a tratamento presumptivo e intermitente, até 2008,
- Aumento da taxa de cobertura pelo uso de contraceptivos, dos 14% registados em 2003, para 24% em 2010 e 34% em 2015,
- Aumento para 80% do número de unidades sanitárias que oferecem serviços de prevenção da transmissão vertical do HIV, de mãe para filho até 2010
- Em colaboração com o CNCS, redução da taxa de prevalência de HIV em mulheres grávidas dos 15 aos 24 anos (mediana), dos 16% observados em 2004, para 12% em 2010 e 8% em 2015,
- Aumento da cobertura de despiste e tratamento de sífilis dos actuais 60% para 85% em 2010 e 95% em 2015,
- Aumento da cobertura da Consulta Pós-natal de 56% em 2003 para pelo menos em 80% em 2015;
- Aumento das taxas de cobertura de administração preventiva de Vitamina A, a mulheres no pos-parto, para 75% em 2010 e para 85% em 2015
- Redução da morbi-mortalidade do recém-nascido com complicações no período neonatal,
- Redução da percentagem de recém-nascidos com baixo peso à nascença (inferior a 2.500 gramas) dos 9,8% registados em 2004 para 7% em 2010 e 4% em 2015,
- Criar condições para a reestruturação, capacitação e funcionamento de Conselho de Líderes Comunitários em 60% dos distritos até 2010

G. ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES CHAVE

1. Melhoria da disponibilidade, acesso e utilização de cuidados de qualidade maternos e neonatais, incluindo o planeamento familiar.

- 1.1. Oferecer um pacote essencial de intervenções para a saúde materna e neonatal, segundo o nível de atenção.
- 1.2. Expandir os cuidados obstétricos de emergência e essenciais ao recém-nascido normal e de risco.
- 1.3. Rever e/ou estabelecer normas/protocolos de SMN, com base em padrões locais e internacionais baseados em evidências.
- 1.4. Fortalecer o Sistema de transporte e comunicação para referência.
- 1.5. Fortalecer o Sistema de Segurança de bens e produtos em SSR e Neonatal.

2. Fortalecimento dos recursos humanos para oferecer cuidados qualificados

- 2.1. Garantir a disponibilidade de profissionais qualificados nos serviços de saúde materna e neonatal aos vários níveis.
- 2.2. Fortalecer as capacidades do pessoal de saúde na gestão e implementação do programa de SMI

3. Fortalecimento da capacidade das comunidades para promoção da saúde materna e neonatal:

- 3.1. Sensibilizar e capacitar as comunidades para promover a implementação de intervenções de saúde materna e neonatal na comunidade
- 3.2. Fortalecer a capacidade dos indivíduos e famílias para conhecer os cuidados adequados na comunidade e a procura dos cuidados de saúde atempadamente.
- 3.3. Melhorar a ligação e o acesso da comunidade ao SNS.

4. Fortalecimento dos mecanismos de monitoria e avaliação a todos os níveis do SNS

- 4.1. Reforçar a capacidade para a supervisão formativa, monitoria e avaliação do programa de SMN.
- 4.2. Melhorar a recolha e análise de dados da saúde materna e neonatal.
- 4.3. Promover a realização e utilização da informação de pesquisas operacionais.

5. Advocacia para aumentar o compromisso e a mobilização de recursos para a SMN incluindo o planeamento familiar

- 5.1. Advogar aos diferentes níveis de Liderança e do SWAp para que a SMN esteja no topo da agenda política e aumente a alocação de recursos (humanos e financeiros) à SMN.
- 5.2. Divulgar o Roteiro a nível, do sector público, privado, comunidades e dos parceiros de cooperação.
- 5.3. Criação da Parceria Nacional para a promoção da saúde sexual e reprodutiva e infantil em Moçambique.

H. PACOTE DE SERVIÇOS A SER OFERECIDO ÀS MÃES E RECÉM NASCIDOS

Os pacotes de serviços definem as intervenções prioritárias para uma atenção de qualidade as mães e recém nascidos. Estes pacotes de serviços foram definidos segundo o tipo de unidade sanitária e qualificação do pessoal. Para sua implementação efectiva os seguintes pontos abaixo foram considerados:

- ❖ Os Cuidados Essenciais Obstétricos: incluem o atendimento durante a gravidez, atenção ao parto e atendimento no pos-parto e o planeamento familiar a nível das unidades sanitárias e na comunidade. Serão promovidas as 4 consultas pre-natais, o atendimento humanizado ao parto e a utilização das casas de espera, assim como duas consultas pos-parto. Na consulta pos-parto, particular atenção deverá ser dada à primeira consulta post-parto na primeira semana após o parto, assim como a promoção do planeamento familiar no período puerperal.
- ❖ Os Cuidados Obstétricos de Emergência continuarão a ser a estratégia principal para a prevenção das mortes maternas, devendo ser promovidos os Cuidados Essenciais do Recém Nascido em todas as unidades sanitárias incluindo aquelas que não tem COEm. Para isto deverá ser assegurado o fornecimento regular de um Pacote Essencial de Medicamentos e de outros Bens e Produtos (KITS de parto, KITS para Operações Obstétricas de Emergência e CERN), assim como assegurar um Sistema de Referência funcional (com rádios de comunicação e Ambulâncias).
- ❖ Intervenções custo-eficacia demonstradas como: RMTI e o TIP para prevenir da malária na gravidez e também para reduzir o baixo peso ao nascer; Prevenção da Transmissão Vertical do HIV , Despiste de Sífilis pre-natal e a Vacinação antitetânica, deverão ser reforçada dentro dos serviços materno-infatis.
- ❖ O envolvimento e a participação da comunidade, elemento chave para promoção da saúde materna e neonatal.

A maior parte destas intervenções já estão sendo implementadas necessitando de ser reforçadas ao longo da implementação do Roteiro.

De salientar que nas unidades sanitárias os três pacotes poderão ser implementado em simultâneo dependente do nível e da capacidade desta. (ver tabela abaixo).

PACOTE DE SERVIÇOS

Áreas		Pacote Mínimo – Cuidados de Rotina (a serem prestados a todas as mulheres, recém-nascidos)	Pacote Alargado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações leves a moderadas) Inclui o Pacote Mínimo mais:	Pacote Especializado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações graves) Inclui o Pacote Alargado mais:	Resultado
Saúde Materna	Mulheres em Idade Reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> • Vacinação Antitetânica • Planeamento Familiar (Oral e injectáveis) e distribuição de preservativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de ITS • Planeamento Familiar (Oral, Injectáveis e DIU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos Cirúrgicos de Planeamento Familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de Gravidez Indesejada • Prevenção do Tétano-Neonatal
	Atenção Pré-Natal (4 Consultas)	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmação da gravidez • História obstétrica – despiste dos riscos e do Alto Risco de Morte Materna e referência atempada • Monitoria do progresso da Gravidez e avaliação da situação materna e fetal <ul style="list-style-type: none"> ❖ Medição da altura uterina, e palpação abdominal para detecção de apresentações ou posições viciosas ❖ Frequência Cardíaca Fetal ❖ Medição da Tensão Arterial ❖ Controle do peso • Despiste de Sífilis • Aconselhamento para teste de HIV • Suplementação com Sal ferroso e Ácido Fólico • Tratamento Presuntivo Intermitente da 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de complicações leves a moderadas durante a gravidez: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Anemia leve a moderada ❖ Infecções do Tracto Urinário ❖ Infecções Vaginais • Tratamento de qualquer outra condição leve a moderada que apresente • Testagem do HIV e Prevenção da Transmissão Vertical com tratamento ARV, aconselhamento sobre a alimentação do bebé e tipo de parto • Tratamento da Sífilis • Tratamento de outras ITS • Teste de proteinúria • Tratamento de Malária não complicada • Tratamento pré-referência de complicações severas: 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de complicações graves: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Anemia ❖ Pre-eclâmpsia severa ❖ Eclâmpsia ❖ Hemorragia severa ❖ Ruptura Prematura de Membranas ❖ Ameaça de parto prematuro ❖ Gravidez ectópica • Tratamento de outras condições médicas • Tratamento de complicações de aborto 	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção /Diagnóstico e tratamento de situações ou complicações durante a gravidez, que possam por

Áreas	Pacote Mínimo – Cuidados de Rotina (a serem prestados a todas as mulheres, recém-nascidos)	Pacote Alargado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações leves a moderadas) Inclui o Pacote Mínimo mais:	Pacote Especializado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações graves) Inclui o Pacote Alargado mais:	Resultado
	<p>Malária e promoção do uso de RMTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desparasitação • Vacinação Antitetânica • Aconselhamento sobre cuidados e alimentação durante a gravidez • Aconselhamento e/ou referencia sobre situações, sinais e sintomas de perigo: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sangramento; ❖ Perda de líquidos pela vagina; ❖ Dificuldade de respirar, ❖ Febre; ❖ Dores de cabeça fortes/visão turva, ❖ Dores abdominais, ❖ Convulsões e perda de consciência • Aconselhamento sobre contraceção • Aconselhamento sobre a importância do parto na maternidade • Discussão e elaboração do “Plano do Parto” 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pre-eclâmpsia/ Eclâmpsia ❖ Hemorragia ❖ Infecções ❖ Aborto complicado • Cuidados Pós-Aborto e Planeamento Familiar • Aconselhamento/ recomendação para a utilização da casa de espera 		em risco a vida da mãe e/ou seu bebê

Áreas	Pacote Mínimo – Cuidados de Rotina (a serem prestados a todas as mulheres, recém-nascidos)	Pacote Alargado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações leves a moderadas) Inclui o Pacote Mínimo mais:	Pacote Especializado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações graves) Inclui o Pacote Alargado mais:	Resultado
Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato	<p><u>Atenção durante o trabalho de parto e parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico do trabalho de parto • Assegurar técnicas e ambiente limpo durante o trabalho de parto • Assistência à mulher durante o trabalho de parto, incluindo parto humanizado – acompanhamento por um familiar • Utilização sistemática do partograma • Manejo activo do 3º estágio do trabalho de parto • Detectar, dar tratamento pré-referência e referir atempadamente Ruptura Prematura de Membranas • Detectar e referir atempadamente mulheres com: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sinais e sintomas de pre-eclâmpsia ou eclâmpsia ❖ Trabalho de parto arrastado/ ou obstruído ❖ Hemorragia ante-parto ❖ Hemorragia durante o parto ❖ Outras situações médicas ou complicações <p><u>Atenção ao Pós-Parto Imediato:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização e avaliação da condição da mãe (lacerações, hemorragias ...) • Remoção Manual da Placenta • Tratamento pré-referência de hemorragia pós-parto e referência imediata • Amamentação o mais cedo possível 	<p><u>Atenção durante o trabalho de parto e parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de complicações leves a moderadas durante o trabalho de parto e parto como parto arrastado através do uso de ventosa; • Referência atempada e tratamento de pré-referência de: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ameaça de parto pré-termo ❖ Pre-eclâmpsia/Eclâmpsia ❖ Ruptura prematura de membranas ❖ Parto obstruído ❖ Apresentação/ posição fetal viciosa ❖ Hemorragia ante-parto ❖ Hemorragia durante o parto <p><u>Atenção ao Pós-Parto Imediato:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de complicações leves a moderadas durante o pós-parto imediato: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Remoção Manual da Placenta e/ ou restos placentares ❖ Reparação de lacerações vaginais ❖ Hemorragia pós-parto leve ou moderada ❖ Infecção puerperal (localizada ao sistema ginecológico) 	<p><u>Atenção durante o trabalho de parto e parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Indução de trabalho de parto • Tratamento de complicações moderadas a grave (incluindo transfusão de sangue, Cesariana e histerectomia): <ul style="list-style-type: none"> ❖ Parto pré-termo ❖ pre-eclâmpsia/ Eclâmpsia ❖ Ruptura prematura de membranas ❖ Parto obstruído ❖ Apresentação ou posição fetal viciosa ❖ Hemorragia ante-parto ou durante o parto <p><u>Atenção ao Pós-Parto Imediato:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tratamento de complicações moderadas a grave durante o pós-parto imediato (incluindo transfusão de sangue e histerectomia): Hemorragia moderada a grave ❖ Infecção/sépsis puerperal ❖ Reparação de lacerações vaginais grau III 	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção /Diagnóstico, referência e tratamento atempados de situações ou complicações durante o trabalho de parto e pós-parto imediato, que possam levar a morte materna (eclâmpsia, sépsis, ruptura do útero, hemorragia antes, durante e após o trabalho de parto)

Áreas	Pacote Mínimo – Cuidados de Rotina (a serem prestados a todas as mulheres, recém-nascidos)	Pacote Alargado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações leves a moderadas) Inclui o Pacote Mínimo mais:	Pacote Especializado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações graves) Inclui o Pacote Alargado mais:	Resultado
Atenção ao Pós-Parto e Planeamento Familiar	<p><u>Durante a 1ª semana:</u> <u>1ª Consulta no Pós-Parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado geral materno e do RN • Suplementação com ferro com Acido Fólico • Administração de Vit A • Aconselhamento sobre a alimentação dela e do RN, sexo seguro, • Orientação para a 2 consulta do Pós-Parto e aconselhamento sobre contracepção/ Planeamento Familiar. • Provisão de algum método contraceptivo. • Aconselhamento sobre sinais de perigo no puerpério • Detectar e referir atempadamente mulheres com Sinais e sintomas de infecção/sépsis puerperal <p><u>Entre a 4ª a 6 Semanas após o Parto:</u> <u>2ª Consulta Pós-Parto e 1ª de Planeamento Familiar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado geral materno e do RN • Suplementação com ferro com Acido Fólico • Aconselhamento sobre sexo seguro 	<p><u>Durante a 1ª semana:</u> <u>1ª Consulta no Pós-Parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de algumas complicações como anemia leve e sinais de infecção puerperal inicial; • Diagnosticar e referir mulheres com depressão pós-parto • Detectar e referir atempadamente mulheres com sinais e sintomas moderados/ graves de infecção/ sépsis puerperal e fazer tratamento pre-referência <p><u>Entre a 4ª a 6 Semanas após o Parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de algumas complicações como anemia leve e sinais de infecção puerperal inicial; • Diagnosticar e referir mulheres com depressão pós-parto • Colocação de DIU e referência de mulheres para laqueação 	<p><u>Durante a 1ª semana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de todas as complicações graves como a anemia severa, hemorragia, infecção/ sépsis puerperal, depressão pós-parto <p><u>Entre a 4ª a 6 Semanas após o Parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de complicações moderadas e graves do puerpério (incluindo depressão pós-parto) • Provisão de contracepção permanente. 	<p>Detecção/Diagnóstico, referência e tratamento atempados de situações ou complicações durante o puerpério mediato e tardio, que possam levar a morte materna</p> <p>Espaçamento das gravidezes</p>

Áreas		Pacote Mínimo – Cuidados de Rotina (a serem prestados a todas as mulheres, recém-nascidos)	Pacote Alargado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações leves a moderadas) Inclui o Pacote Mínimo mais:	Pacote Especializado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações graves) Inclui o Pacote Alargado mais:	Resultado
		<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento sobre Planejamento Familiar • Provisão de método contraceptivo • Referência das mulheres que escolhem DIU ou Laqueação 			
Saúde do Recém-Nascido	Atenção Imediata ao RN (1as 24 horas)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação do AIDI neonatal Cuidados Neo-Natais Essenciais (prevenção da hipotermia, método Mãe Canguru, prevenção da hipoglicemia, cuidados cordão umbilical) <ul style="list-style-type: none"> ❖ Avaliar os sinais de risco imediatos. ❖ Reanimação neonatal básica ❖ Administração da vitamina K a todos os RN na maternidade. ❖ Profilaxia ocular ❖ Aconselhamento sobre os cuidados no domicílio • Início precoce do AME (na 1ª hora de vida). • Identificação e referência do RN filho de mãe RPR+ não tratada • Reconhecimento dos sinais de tétano neonatal. • Promoção do uso adequado da rede mosquiteira (dormir dentro da REMTI) 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo do RN grave (incluindo a prematuridade sem complicações, o baixo peso, Alimentação, Convulsões, Sepsis) e sua referência. • Tratamento de pre-referência e referência do Recém-nascido doente. • Reconhecimento dos casos de icterícia e transferência • Reanimação neonatal completa. • ARV profilático para RN exposto ao HIV • Manejo da sífilis Congênita • Promover o alojamento conjunto mãe e recém-nascido na US. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo da asfixia perinatal grave. • Manejo da sépsis grave • Prevenção e Tratamento da icterícia nas primeiras 24 horas • Cuidados intensivos Neo-Natais: Manejo da prematuridade e das suas complicações, Manejo da icterícia patológica, e outras complicações graves • Manejo do traumatismo de parto grave. • Promover o alojamento conjunto na US 	Prevenção das infecções Neo-Natais mais frequentes e manejo adequado das complicações Neo-Natais nas primeiras 24 hs de vida
	Atenção ao RN (24 horas a 28 dias)	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o AME exclusivo durante os 6 primeiros meses de vida. • Identificar de problemas de alimentação, 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação da falência de crescimento, e de eventuais problemas de alimentação e aconselhamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo da asfixia perinatal grave. • Manejo da sépsis grave. 	Minimizar as complicações

Áreas	Pacote Mínimo – Cuidados de Rotina (a serem prestados a todas as mulheres, recém-nascidos)	Pacote Alargado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações leves a moderadas) Inclui o Pacote Mínimo mais:	Pacote Especializado (para mulheres e recém-nascidos com situações ou complicações graves) Inclui o Pacote Alargado mais:	Resultado	
		<p>aconselhamento e apoio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advocacia para utilização das casas de espera para período pós natal dos RN com baixo peso e revisão das normas da sua utilização. • Promoção do uso adequado da rede mosquiteira (dormir dentro da REMTI) • Registo precoce do Nascimento • Vacinação com BCG e Pólio • Prevenção da hipotermia no RN de baixo peso (Método mãe Canguru) 		<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados intensivos Neo-Natais: • Manejo da prematuridade e das suas complicações, • Manejo da icterícia patológica, Manejo de outras complicações grave • Manejo do tétano neonatal. 	<p>es Neo-Natais precoces, e prevenção das doenças Neo-Natais</p>

Pacote por Nível de Prestação dos Serviços, Pessoal de saúde, Intervenções e Bens & Produtos Necessários

Pacote de Cuidados	Nível de Prestação de Serviços	Pessoal	Intervenções	Bens & Produtos necessários
SAÚDE MATERNA				
Mulheres em Idade Reprodutiva				
Pacote mínimo – Cuidados de Rotina	Postos de Saúde	APE	Planeamento Familiar – reposição de contraceptivos orais Acções de prevenção, diagnóstico precoce e referência do HIV e ITSs Primeiros socorros Aconselhamento para testagem do HIV e sífilis	Autoclave a lenha Métodos de PF – Oraís Esfigmomanómetro e Estetoscópio Materiais de IEC Materiais de primeiro socorro
	Centros de Saúde Tipo III	Parteira Elementar / Enfermeira de SMI nível Básico (com formação em COEmB)	Vacinação Planeamento Familiar – Oraís, Injectáveis e DIU Prevenção de ITS e HIV, Despiste e tratamento sintomático das ITS, tratamento das infecções oportunistas Cuidados Obstétricos Essenciais (CPN, atenção ao parto, CPO, consulta de PF e cuidados ao RN) PTV Aconselhamento e testagem para HIV e sífilis	Vacinas e Cadeia de Frio Testes rápidos -HIV e sífilis Autoclave a lenha Hemoglobinómetro Métodos de PF – Oraís, Injectáveis e DIU Esfigmomanómetro e Estetoscópio Medicamento para TIP (Sulfadoxina+ Pirimetamina) Sulfato ferroso e mebendazol Medicamentos para ITS e para COEm Marquesa ginecológica e de parto Medicamentos para PTV Anti-retrovirais e cotrimoxazol.

Pacote de Cuidados	Nível de Prestação de Serviços	Pessoal	Intervenções	Bens & Produtos necessários
Pacote Alargado	Centros de Saúde Tipo II	ESMI nível Básico/Médio (com formação em COEmB)	Igual ao anterior e mais parto por ventosa	Igual ao anterior e mais ventosa obstétrica
	Centros de Saúde Tipo I	Médico e ESMI Nível Básico ou Médio (com formação em COEmB)	Igual ao anterior AMIU (aspiração manual intra-uterina) e cuidados pós-aborto	Igual ao anterior KIT para inserção de DIU Kit para AMIU
Pacote de Cuidados Especializados	Hospitais Rurais	ESMI Nível Médio (com formação em COEmB) Técnico de Cirurgia e/ou Médico (com formação em COEmC)	Igual ao anterior e mais Métodos cirúrgicos de Planeamento Familiar – Laqueação de Trompas e Vasectomia Cesariana Histerectomia PTV e TARV Cuidados pós-aborto, incluindo PF	Igual ao anterior e mais: Autoclave eléctrico KIT para Consulta de Ginecologia KIT para Laqueação de Trompas Kit para cesariana Kit para histerectomia Kit para cuidados pós-aborto
	Hospitais Provinciais e Centrais	ESMI Nível Médio ou superior (com formação em COEmB) Médico e/ou Técnico de Cirurgia (com formação em COEmC) Obstetra	Igual ao anterior e mais Cirurgias ginecológicas e obstétricas	Igual ao anterior
Atenção à Gravidez				
Pacote mínimo – Cuidados de Rotina	Centros de Saúde Tipo III	Parteira Elementar / ESMI nível Básico (com formação em COEmB)	Cuidados essenciais na gravidez Reconhecimento dos sinais de perigo na gravidez e transferência atempada Vacinação Aconselhamento e referencia para testagem do HIV e sífilis PTV	Vacina do TT, RMTI, fichas e livros de registo, balança de adulto, Kit de CPN (termómetro, Esfigmomanómetro, fita métrica, estetoscópio clínico e de Pinard)

Pacote de Cuidados	Nível de Prestação de Serviços	Pessoal	Intervenções	Bens & Produtos necessários
			Depiste e tratamento sintomático das ITS Cuidados pós-abortos	Medicamentos do TIP (Sulfadoxina +Pirimetamina) Sal Ferroso e Mebendazol Medicamentos para o Tratamento de ITS e para COEm. Medicamentos para PTV Anti-retrovirais e cotrimoxazol Teste rápido para HIV/Sífilis e reagentes Fluidos IV
	Centros de Saúde Tipo II	ESMI nível Básico/Médio (com formação em COEmB)	Igual ao anterior	Igual ao anterior
Pacote Alargado	Centros de Saúde Tipo I	Médico e ESMI Nível Básico ou Médio (com formação em COEmB)	Igual ao anterior e mais Seguimento TARV Tratamento de infecções oportunistas Tratamento de complicações leve a moderada da gravidez	Igual ao anterior, mais: Medicamentos para tratamento de complicações leves a moderada da gravidez Kit post-aborto
Pacote de Cuidados Especializados	Hospitais Rurais	ESMI Nível Médio (com formação em COEmB) Técnico de Cirurgia e/ou Médico com formação em COEmC	Igual ao anterior e mais Tratamento de complicações moderada da gravidez	Igual ao anterior e mais Medicamentos parenterais (antibióticos, antimaláricos, anti-convulsivantes/ Sulfato de magnésio, gluconato de cálcio) Transfusão de sangue Drogas anti-hipertensivas Material para cirurgia

Pacote de Cuidados	Nível de Prestação de Serviços	Pessoal	Intervenções	Bens & Produtos necessários
				Testes de laboratório RPC (teste biológico para HIV) Anti-herovirais
	Hospitais Provinciais e Centrais	ESMI Nível Médio ou superior (com formação em COEmB) Médico com formação em COEmC e Técnico de Cirurgia Obstetra	Igual ao anterior e mais Tratamento de complicações graves na gravidez Despiste de ITS e tratamento etiológico	Igual ao anterior e mais Cardiotocografia fetal Ecógrafo
Atenção ao Trabalho de Parto e Parto				
Pacote mínimo — Cuidados de Rotina	Centros de Saúde Tipo III	Parteira Elementar / ESMI nível Básico (com formação em COEmB)	Assistência ao parto normal Educar para o reconhecimento dos sinais de perigo Despiste e referencia das complicações do parto PTV Aconselhamento para amamentação exclusiva Vit A	Kit de parto Partograma ARV Vit A
	Centros de Saúde Tipo II	ESMI nível Básico/Médio (com formação em COEmB)	Igual ao anterior e mais Atenção ao parto assistido Despiste e tratamento pre- referencia das complicações do parto (ex: trabalho de parto arrastado)	Igual ao anterior e mais Ventosa Medicamentos injectáveis para COEm (Oxitócicos, Antibióticos, anti-convulsivantes) Fluidos IV
Pacote Alargado	Centros de Saúde Tipo I	Médico e ESMI Nível Básico ou Médio (com formação em COEmB)	Igual ao anterior e mais Seguimento de tratamento anti-retroviral	Igual ao anterior e mais Testes de laboratório Oxigénio

Pacote de Cuidados	Nível de Prestação de Serviços	Pessoal	Intervenções	Bens & Produtos necessários
Pacote de Cuidados Especializados	Hospitais Rurais	ESMI Nível Médio (com formação em COEmB) Técnico de Cirurgia e/ou Médico com formação em COEmC	Igual ao anterior e mais Cuidados Obstétricos de Emergências Completos (cesariana) TARV	Igual ao anterior e mais Transfusão de sangue Material para cirurgia obstétrica de emergência
	Hospitais Provinciais e Centrais	ESMI Nível Médio ou superior (com formação em COEmB) Técnico de Cirurgia e /ou Médico com formação em COEmC Obstetra	Igual ao anterior	Igual ao anterior e mais Ecografo Aparelho de RX Aparelho de Cardiotocografia fetal
Atenção ao Pós-Parto e Planeamento Familiar				
Pacote mínimo — Cuidados de Rotina	Centros de Saúde Tipo III	Parteira Elemental / ESMI nível Básico (com formação em COEmB)	Realizar 2 consultas pos-parto (1 semana após o parto e 4 a 6 semanas depois da 1ra consulta) Aconselhamento sobre métodos contraceptivos e sua aplicação Aconselhamento nutricional para mãe e RN Diagnostico precoce e tratamento das complicações leves a moderadas no pos-parto e referência atempada quando necessário PTV	Fichas de registo pos-natal Fichas e cartões de PF e Esfigmomanómetro Estetoscópio clínico Métodos de PF – Orais Medicamentos ARV Vit A
	Centros de Saúde Tipo II	ESMI nível Básico/Médio (com formação em COEmB)	Igual ao anterior e mais Diagnostico precoce e tratamento das complicações moderadas no pos-parto e referência atempada quando necessário	Igual ao anterior e mais Métodos de PF – Orais e Injectáveis Medicamentos injectáveis (antibióticos, anti-convulsivantes, oxitóxicos)

Pacote de Cuidados	Nível de Prestação de Serviços	Pessoal	Intervenções	Bens & Produtos necessários
Pacote Alargado	Centros de Saúde Tipo I	Médico e ESMI Nível Básico ou Médio (com formação em COEmB)	Igual ao anterior e mais Diagnóstico precoce e tratamento das complicações moderadas no pos-parto e referência atempada das complicações graves	Igual ao anterior e mais KIT para Consulta de Ginecologia e obstétrica Medicamentos para o Tratamento de ITS (Cefixime 400mg, Azitromicina 1gr, Clotrimazol 500mg vaginal, Eritromicina, Metronidazol 250mg, Aciclovir 400mg)
Pacote de Cuidados Especializados	Hospitais Rurais	ESMI Nível Médio (com formação em COEmB) Técnico de Cirurgia e/ou Médico com formação em COEmC	Igual ao anterior e mais Tratamento das complicações moderadas e graves do pos-parto. Métodos cirúrgicos de Planeamento Familiar – Laqueação de Trompas e Vasectomia	Igual ao anterior e mais KIT para Laqueação de Trompas
	Hospitais Provinciais e Centrais	ESMI Nível Médio ou superior (com formação em COEmB) Técnico de Cirurgia e/ou Médico com formação em COEmC Obstetra	Igual ao anterior	Igual ao anterior

Pacote de Cuidados	Nível de Prestação de Serviços	Pessoal	Intervenções	Bens & Produtos necessários
SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO				
Pacote mínimo — Cuidados de Rotina	Centros de Saúde Tipo III	ESMI nível Básico & Agentes de Medicina	Cuidados Neonatais Essenciais Reanimação do RN Vacinação Suporte para amamentação materna	Kit B de medicamentos. -Vit K, Ambú NN, equipo, sondas e peras para aspiração de secreções, Taças/copos, vacinas BCG e Pólio, RMTI, balanças pediátricas, termómetro, cronometro, fontes de aquecimento/ RN
	Centros de Saúde Tipo II	ESMI nível Básico & Agentes de Medicina	Igual ao anterior	Kit B de medicamentos, vacinas BCG e Pólio incubadoras, Ambú NN, equipo, sondas e peras para aspiração de secreções, , Diazepan, RMTI balanças pediátricas, termómetro, cronometro, fontes de aquecimento/ RN.
	Centros de Saúde Tipo I	Técnico de Medicina/ ESMI nível Básico, Enfermeira Geral	Igual ao anterior	Kit A de medicamentos, Vit.K, Estetoscópio, balanças pediátricas, termómetro, cronometro, fontes de aquecimento p/ RN, aspirador de secreções, Ambú NN, sondas e peras de aspiração,
Pacote Adicional	Centros de Saúde Tipo I com internamento	ESMI Nível Básico ou Médio / Técnico de Medicina	Reanimação Neonatal Tratamento neonatal & referência de complicações Suporte para amamentação materna	Kit A de medicamentos, Ambú NN, equipo, sondas e peras de aspiração, equipo e sondas de oxigénio e , Taças/copos <u>Material Laboratório:</u> GS, Rh, Hg, Bilirrubina, Hemograma completo, LCR, urina, Fezes
	Hospitais Rurais	ESMI Nível Básico ou Médio / Técnico de Medicina e/ou Médico	Igual ao anterior	Laringoscópio Esfigmomanómetro, Estetoscópio, e incubadoras, ATB: Cefalosporinas, Anti-convulsivantes, <u>soro glicosado</u> <u>Material Laboratório:</u> GS, Rh, Hg,

				Bilirrubina, Hemograma completo, LCR, urina, Fezes
Pacote de Cuidados Especializados	Hospitais Provinciais e Centrais	ESMI Nível Básico ou Médio / Enfermeira pediátrica, Médico e Pediatra	Manejo do recém-nascido com complicações graves	Aparelho de fototerapia, incubadoras, Material de transfusão e ex-sanguinotransfusão. <u>Material Laboratório:</u> GS, Rh, Hg, Bilirrubina, Hemograma completo, LCR, urina, Fezes Exames especializados (RX, ecografia),

A NÍVEL DA COMUNIDADE

		Cuidados a Nível Familiar e Comunitário
Saúde Materna	Mulheres em Idade Reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> • Promover/ Orientar / Educar sobre: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconhecimento de sinais e sintomas de ITS ➤ Utilização de Preservativos para a prevenção das ITS e do HIV/SIDA ➤ Espaçamento das Gravidezes/Planeamento Familiar ➤ Aconselhamento para testagem de HIV
	Atenção à Gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Promover/ Orientar / Educar sobre: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dieta equilibrada ➤ Reconhecimento de sinais e sintomas de perigo durante a gravidez e parto. ➤ Frequência da Consulta Pré-Natal, cumprimento da data e do N° de consultas (4 consultas por gravidez). ➤ Cumprimento da vacinação antitetânica e dos tratamentos preventivos e curativos prescritos ➤ Discussão e consenso sobre o "Plano do Parto", incluindo a organização da Família e Comunidade para transporte para referências em situações de emergência ou no caso do parto. ➤ Aconselhamento para testagem de HIV ➤ Acompanhamento das mulheres grávidas HIV+ (orientar sobre o cumprimento das recomendações dadas e Utilização de Preservativos para a prevenção do HIV/SIDA)
	Atenção ao Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto Imediato	<ul style="list-style-type: none"> • Promover/ Orientar / Educar sobre: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconhecimento dos sinais e sintomas normais de trabalho de parto ➤ Reconhecimento de sinais de perigo durante o parto e pos-parto

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponibilizar transporte rápido para a maternidade para mãe e recém-nascido ➤ No caso de demora para chegar à maternidade: <ul style="list-style-type: none"> ○ Não executar manobras ou procedimentos que podem por em risco a vida da mãe ou feto ○ Realizar um parto higiênico e Prestar atenção imediata ao RN ○ Apoiar e promover a amamentação imediata após o parto (imediatamente após a ligação do cordão umbilical). ➤ Seguimento de mulheres grávidas HIV+ e crianças expostas
	Atenção ao Pós-parto e Planejamento Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Promover/ Orientar / Educar sobre: <ul style="list-style-type: none"> ➤ A amamentação exclusiva, ➤ Assistir a Consulta Pós-Parto durante a 1ª semana após o parto ➤ Dieta equilibrada ➤ Reconhecimento de sinais e sintomas de ITS ➤ Utilização de Preservativos para a prevenção das ITS e do HIV/SIDA ➤ Promover a utilização de um método de Planejamento Familiar eficaz, para Espaçamento das Gravidezes/Planeamento Familiar, mesmo estando a amamentar ➤ Apoio para o/e cumprimento dos tratamentos preventivos e curativos prescritos

Saúde do Recém-Nascido		<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados a Nível Familiar e Comunitário
	Atenção ao recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de cuidados de higiene e saneamento do meio • Distribuição de RMTI para grávidas e crianças menores de 5 anos • Educação nutricional para mãe e crianças
		<p>Implementação do pacote AIDI neonatal comunitário.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados Neo-Natais básicos (prevenção da hipotermia, inclui o método Mãe Canguru, prevenção da hipoglicemia e cuidados com o cordão umbilical). <ul style="list-style-type: none"> ○ Aleitamento materno exclusivo durante os 6 primeiros meses de vida, e o seu Início precoce (na 1 hora após o nascimento). ○ Reconhecimento dos sinais de perigo incluindo os sinais de tétano neonatal e encaminhamento para a US. ○ Apoio e incentivo para visita domiciliares na primeira semana de vida neonatal. • Aconselhamento sobre a importância da visita pós-natal para o bebe na 1ra semana de vida • Registo precoce do Nascimento.

I. MATRIZ OPERACIONAL 2008-2010

ESTRATÉGIAS, INTERVENÇÕES, ACTIVIDADES e INDICADORES DE PROCESSO

Estratégia 1: Melhoria da disponibilidade, acesso e utilização de cuidados de qualidade maternos e neonatais, incluindo o planeamento familiar								
Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas				Responsável
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009	2010	
1.1 Oferecer um pacote essencial de intervenções para a saúde materna e neonatal, segundo o nível de atenção	Divulgar os pacotes de intervenções da saúde materna e neonatal actualizados	% de distritos que conhecem os pacotes de intervenções	Relatórios dos encontros	0	40%	60%	100%	DNPSCD, DPS, DDS
	Promover os Cuidados Obstétricos Essenciais nas US (<i>4 CPN, parto na maternidade, consulta pós parto/pós natal, e o planeamento familiar no período puerperal</i>)	% de US que promovem os Cuidados Obstétricos Essenciais / US com maternidade	Relatórios de supervisão Inquérito a US seleccionadas	0	Preparação do material	30%	60%	DNPSCD, DPS, DDS, US
	Melhorar os mecanismos de coordenação com CMAM e DNAM para garantir a distribuição e permanência de medicamentos, equipamentos e materiais essenciais para a SMNI nas US	No de encontros realizados/ano	Relatório dos encontros	-	2	4	4	DNPSCD, CMAM-DNAM
	Advogar junto a DNAM e Departamento de infra-estruturas para adequação das maternidades para um parto humanizado	% de maternidades adequadas para o parto humanizado/ província	Diploma ministerial Relatórios das províncias	0	1%	10%	40%	DNPSCD, DNAM, Dep de Infraestr.
	Promover o conceito de atenção humanizada ao parto na maternidade	% de maternidades promovendo o conceito de atenção humanizada ao parto	Monitorização e supervisão (relatórios)	0	10%	25%	40%	DNPSCD, DNAM, DNRH, DPS
	Disseminar a Estratégia de Planeamento Familiar	% distritos onde a estratégia de PF foi disseminada/ano	Estratégia Disponível	0	10%	40%	80%	DNPSCD, DPS

Estratégia 1: Melhoria da disponibilidade, acesso e utilização de cuidados de qualidade maternos e neonatais, incluindo o planeamento familiar

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas				Responsável
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009	2010	
1.2 Expandir os cuidados obstétricos de emergências e essenciais ao recém-nascido normal e de risco	Assegurar a acreditação de Unidades Sanitárias em COEm e CERN	% de distritos que seguem as normas de acreditação das US em COEm e CERN.	Relatório das supervisões, Base de dados de COEm/ CERN	Inform. ND	20%	60%	80%	DNPSCD, DNAM, DAG, DNRH DPS/DDS
	Implementar os CERN nas US com maternidades sem COEm	% de US com pessoal treinado em CERN	Relatórios dos treinos e supervisão.	0	20%	45%	65%	DNPSCD, DPS/ DDS, US
	Promover o aleitamento materno exclusivo durante os 1 ^{os} 6 meses de vida e imediato (na 1 ^a hora pós-natal)	% de US com acções de promoção do aleitamento materno	Monitorização e supervisão (relatórios)	65% (2003)	67%	70%	75%	DNPSCD, DPS/ DDS, US
	Promover o método mãe canguru para o RN de baixo peso	% de bebés com BPN beneficiando do Método mãe canguru	Inquérito bianual	Inform.. ND	----	Inquérito base	----	DNPSCD, DPS/ DDS, US
	Disseminar as normas de seguimento do RN de mãe seropositiva desde a maternidade até a consulta da criança de risco.	% de US que implementam as normas de seguimento da criança pequena	Monitorização e supervisão (relatórios)	N.D	20%	45%	65%	MISAU DNPSCD, (SMNI-HIV-SIDA)
1.3 Rever e/ou estabelecer normas/protocolos de SMN, com base em padrões locais e internacionais baseados em evidências.	Actualizar e distribuir as normas de seguimento da CPN para promoção das 4 CPN, e CPP/N para promoção de 2 CPP/N, (ênfase da primeira ser realizada durante a 1 ^a semana depois do parto	Normas da CPN e CPP actualizadas/US com maternidade % de US com normas actualizadas	Normas reproduzidas Plano de distribuição	1998	Normas actualizadas/reproduzidas	50%	50%	DNPSCD, DPS, DDS
	Actualizar e distribuir as normas de tratamento do tétano neonatal	% US que seguem as normas de TTo do tétano neonatal	Relatórios de supervisão e monitoria	-	Normas actualizadas	50%	65%	DNPSCD SI, PAV

Estratégia 1: Melhoria da disponibilidade, acesso e utilização de cuidados de qualidade maternos e neonatais, incluindo o planeamento familiar

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas				Responsável
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009	2010	
	Reproduzir e distribuir a norma sobre o despiste de Sífilis pre-natal	% de US com maternidade que implementam a norma de despiste de sífilis PN	Relatórios de supervisão e monitoria	Inform. ND	Reproduzir	50%	50%	MISAU DNPSCD,
	Reproduzir e distribuir as normas de prevenção e tratamento da malária na gravidez	% de US com maternidade que tem as normas/ano	Relatórios de supervisão e monitoria	Inform. ND	Reproduzir	50%	50%	MISAU DNPSCD, (SMNI-malaria)
	Actualizar e distribuir os protocolos de conduta de COEm/ CERN	% de US com maternidades que tem protocolos actualizados/ano	Protocolos de conduta disponíveis	Desenvolvidos em 2001	Protocolos actualizados e reproduzidos	50%	50%	MISAU DNPSCD DPS
1.4 Fortalecer o Sistema de transporte e comunicação para referências	Priorizar a instalação/reparação dos rádios de comunicação, telefones fixos ou celulares nas US das sedes distritais e de referencia	% de US das sedes distritais e de referencia com sistema de comunicação funcional/província	Monitorização e supervisão (relatórios)	50%	60%	75%	90%	DNPSCD, DNAM, DAF DPS
	Advogar para a disponibilização de ambulância apenas para transporte de doentes em cada Sede distrital .	% de US distritais sistema de transporte funcional para as emergências	Relatórios da DNAM e provinciais	Inform. ND	10%	30%	55%	DNPSCD, DNAM, DAF DPS
	Rever e divulgar os critérios e mecanismos para referência da mulher e RN de risco	% de US que implementam o guião sobre critérios de referencia	Documento disponível	Inform. ND	Rever os critérios	50%	80%	DNPSCD, DNAM, DAF DPS/DS
1.5 Fortalecimento do	Desenvolver e implementar estratégia do sistema de segurança de bens e	Estratégia definida e implementada.	Documento da Estratégia	Não existência	Desenvolver a			DNPSCD, DNAM,

Estratégia 1: Melhoria da disponibilidade, acesso e utilização de cuidados de qualidade maternos e neonatais, incluindo o planeamento familiar

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas				Responsável	
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009	2010		
Sistema de Segurança de bens e materiais em SSR e Neonatal	produtos em SR e neonatal	% de províncias que adoptaram a estratégia do sistema de segurança	Relatórios de supervisão e monitoria do MISAU		estratégia		30%	50%	DAF, CMAM, DPC
	Garantir o aprovisionamento de medicamentos para maternidade segura (ARV-PTV e TARV, TIP Malária e métodos contraceptivos)	% US sem ruptura de stocks de medicamentos para maternidade segura e anticonceptivos	Relatórios de supervisão e monitoria do MISAU e DPSS	Inform. ND	40%	65	80	DNPSCD, DNAM, ITS-HIV, DAG	

Estratégia 2: Fortalecimento dos recursos humanos para oferecer cuidados qualificados

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas				Responsável
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009	2010	
2.1 Garantir a disponibilidade de profissionais qualificados nos serviços de saúde materna e neonatal aos vários níveis.	Advogar para colocação de pelo menos 3 obstetras em cada província (pelo menos 1 nacional)	Nº de províncias com 2 obstetras no HP e 1 no HR de maior demanda	Relatório dos RH	5 províncias com 3 ou mais Obstetras (2006)	1 Obst * HP	2Obst* HP 1Obst* HR	2Obst* HP 1Obst* HR	DNPSCD DNRH/ DPC,
	Advogar para colocação de 2 técnicos de cirurgia em cada hospital rural	Nº de H.Rurais com 2 técnicos de cirurgia	Relatórios nacional e provinciais dos RH	1 técnico nos HRurais	Levantamento dos HR prioritários	5	10	DNPSCD , DNRH/MI SAU
	Actualizar o currículo de formação de ESMI com a inclusão dos COEB/CERN como um pacote integrado, e outras intervenções de SMNI	Curriculum de ESMI dos cursos iniciais e de promoção actualizado	Relatórios do processo de revisão)	Actualizado em 2004	Processo iniciado em 2007	Currículo de ESMI médio curso inicial e de promoção		DNPSCD DNRH/ MISAU
	Promover encontros com a Faculdade de Medicina para reforçar as habilidades em COEm dos médicos recém-graduados	No de encontros realizados	Relatório dos encontros	0	Encontros com a Faculdade de Medicina	Acordo estabelecido		DNPSCD DNRH Fac. de medicina
	Actualizar, reproduzir e distribuir o currículo de treino em serviço em COEm/ CERN com base no IMPAC incluir um guião de seguimento pos-treino	Curriculum actualizado Guião desenvolvido	Relatórios do processo de revisão) Documento disponível	Elaborado em 2002	Currículo e guião de seguimento actualizado	Currículo actualizado/reproduzido	Distribuído a todas as províncias	DNPSCD DNRH/ MISAU
	Treino do pessoal de saúde em COEmB/COMEC/CERN	Nº de pessoal de saúde treinado em COEmB/	Relatórios dos treinos	Inform. ND	330	495	330	DNPSCD DNRH, DPS/

Estratégia 2: Fortalecimento dos recursos humanos para oferecer cuidados qualificados

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas			Responsável	
		Indicador	Meio de verificação	Linhas de base	2008	2009		2010
2.2 Aumentar e melhorar o treino do pessoal de Saúde Materna e Neonatal		COEmC/CERN					MISAU	
	Actualizar os conhecimentos de ESMI e PE sobre cuidados de saúde materna e neonatal incluindo o PF e a nutrição nas novas abordagens/intervenções.	No de treino de actualização/ provincia % de ESMI e PE actualizadas em cuidados de saúde materna e neonatal / provincia/ano	Relatório dos treinos	0	2 30%	3 50%	2 65%	DNPSCD DNRH, DPS/ MISAU
	Realizar treinos em pacote de PTV e Sífilis para o pessoal de SMI e seguimento pós-treino (Sífilis e HIV/SIDA)	% de Pessoal de SMI capacitado em PTV/ATV e Sífilis.	Relatório dos treinos Relatórios das supervisões	Inform. ND	30%	50%	65%	DNPSCD ITS, SR, DPS
	Realizar treinos provinciais para RPSMI e RDSMI em gestão e logística de planeamento familiar	No de provincias com RPSMI e RDSMI capacitadas em gestão e logística de PF	Relatórios da formação	0	3 provincias da Região norte	8 provincias (das regiões centro e sul)		DNPSCD SSR, DPS
	Capacitar os recursos humanos na abordagem para melhoria da qualidade dos serviços de SSR, SNeonatal e Infantil	No de profissionais formados na abordagem para melhoria da qualidade/ provincia/ ano	Relatório dos treinos Relatórios anual PES-PoA	180 (2007)	440 profissionais	440 profissionais	440 profissionais	DNPSCD DNRH, DPS/ MISAU

Estratégia 3: Fortalecer a capacidade das comunidades para promoção da saúde materna e neonatal

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas				Responsável
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009	2010	
3.1 Sensibilizar as comunidades para promover a implementação de intervenções de saúde materna e neonatal na comunidade.	Desenvolver/ finalizar materiais de IEC culturalmente sensíveis relativos à saúde materna e neonatal, para promover a tomada de decisões, por parte da comunidade	Materiais desenvolvidos (panfletos, cartazes, etc.) para promover a tomada de decisões da comunidade	Relatórios anuais PES-PoA	0	Materiais desenvolvidos			DNPSCD, DIS MISAU
	Disseminar materiais de IEC: mensagens na língua local, rotafolio, álbuns seriados, filme vídeo.	% de distritos onde o material de IEC foi disseminado	Relatórios das RESP provinciais e distritais	Inform. ND		40%	60%	DNPSCD, SR/SI/RESP DPS
	Advogar para a inclusão de assuntos relacionados a saúde materna e infantil nos manuais de alfabetização para adultos.	Nº de encontros com o MINED para inclusão de assuntos relativos a SMI Manuais de alfabetização com assuntos relativos a SMI	Relatórios dos encontros Manuais para adultos com assuntos relativos à SMI	Inform. ND	2 encontros	Apoio técnico do MISAU		DNPSCD, SR/SI/RESP/ MISAU MINED
3.2 Fortalecer a capacidade dos indivíduos e famílias para conhecer os cuidados adequados na comunidade e a	Finalizar e divulgar a estratégia envolvimento e capacitação das Parteiras Tradicionais	Estratégia de envolvimento e capacitação das Parteiras Tradicionais No de províncias onde a estratégia foi divulgada/ano	Relatórios dos encontros	Rascunho da estratégia	Finalizar Reproduzir estratégia	11		DNPSCD, DIS
	Capacitar as Parteiras Tradicionais com base na	% de distritos que treinaram suas parteiras tradicionais	Relatórios dos treinos	0		30%	50%	DNPSCD/ MISAU,

Estratégia 3: Fortalecer a capacidade das comunidades para promoção da saúde materna e neonatal

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas			Responsável	
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009		2010
procura atempada dos cuidados de saúde.	estratégia actualizada							MINED DPS/DDS
	Realizar encontros para sensibilizar as comunidades sobre os sinais de perigo na gravidez, parto, puerpério e RN, com apoio dos CLC	% de comunidades beneficiadas com a realização de encontros/ distritos	Relatórios dos encontros (RESP/ SMI)	Inform. ND	20%	40%	50%	DNPSCD, DPS/ DDS, ONGs,
	Promover a elaboração de planos de preparação para o parto incluindo planos de transporte na comunidade	% de distritos com comunidades que tem planos de preparação e resposta ao parto a nível comunitário.	Relatórios dos encontros (RESP/ SMI)	N.D	20%	40%	50%	DNPSCD, DPS/ DDS, ONGs,
	Criar parcerias com as rádios comunitárias e nacional para divulgação de mensagens chave da saúde materna e neonatal.	% de distritos com rádios comunitárias divulgando mensagens chave	Relatórios dos encontros (RESP/ SMI/ Rádios)	Inform. ND	20%	50%	70%	DNPSCD/ DIS, DPS DDS
	Definir e divulgar um pacote de intervenções comunitárias em saúde materna e neonatal	Existência de um pacote de intervenções comunitárias aprovado e disponível % de distritos que conhecem o pacote integrado	Pacote disponível	Não existência	Pacote definido		40%	60%
3.3 Melhorar a ligação e o acesso da comunidade ao SNS.	Desenvolver plano de trabalho conjunto de actividades comunitárias ao nível distrital	% de distritos com Planos conjunto desenvolvidos/ ano	Planos disponíveis	0	30%	60%	80%	DNPSCD, DPS/ DDS

Estratégia 3: Fortalecer a capacidade das comunidades para promoção da saúde materna e neonatal

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas			Responsável	
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009		2010
	Promover encontros distrito/comunidade para seguimento de actividades comunitárias, (<i>gestores de saúde, ACS, autoridades comunitárias, e parceiros locais</i>).	% de distritos que realizam encontros de seguimento/ano	relatórios dos encontros	N.D	30%	60%	80%	DNPSCD, DPS/ DDS,
	Disponibilizar bicicletas ambulâncias ao nível das comunidades	No de comunidades beneficiadas com bicicleta ambulância	Relatórios provinciais/distritais	Inform. ND	1000	1000	1000	DNPSCD, DNAM DPS/ DDS
	Construir ou Reabilitar as casas de espera nas US das sedes distritais (DDS-comunidade)	% de US das sedes distritais com casa de espera para a grávida/ano	Relatórios provinciais/distritais	15% (2005)	35	45	55	Dep de Infraestructuras DPS/DDS

Estratégia 4: Fortalecimento dos mecanismos de monitoria e avaliação a todos os níveis do SNS

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas				Responsável
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009	2010	
4.1. Reforçar a capacidade para supervisão formativa, monitoria e avaliação do programa SMN.	Rever/actualizar os instrumentos de supervisão e/ou avaliação em SMNI.	Instrumentos de supervisão actualizados e disponíveis		2002	Instrumentos finalizados	Instrumentos reproduzidos		DNPSCD, DNAM, DIS, DPS/ MISAU
	Realizar supervisões formativas a todos os níveis do SNS	No de províncias que receberam pelo menos 1 supervisão formativa/ ano	Relatórios das supervisões disponíveis	4	5	6	11	DNPSCD,, DPS/DDS MISAU
		% de US que receberam supervisões / ano		30%	50%	70%	80%	
	Realizar encontros regulares com departamentos relevantes e parceiros para análise da informação e tomada de decisões.	1 encontro trimestral com intervenientes chave	Relatório dos encontros	0	3	4	4	DNPSCD, DNAM, DNRH/ MISAU,
	Realizar encontros regionais para planificação provincial das intervenções da SMNI.	Encontro regional realizado/ano	1 encontro regional/ ano	0	3	3	3	DNPSCD, DPS/ MISAU
4.2 Melhorar o	Finalizar e testar os instrumentos do SIS e	Fichas do SIS e de recolha de		-	Instrumentos finalizados			DNPSCD, DNAM, DIS,

Estratégia 4: Fortalecimento dos mecanismos de monitoria e avaliação a todos os níveis do SNS

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas				Responsável
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009	2010	
Sistema de recolha e análise de dados.	de recolha de informação	informação disponíveis						DPS/ MISAU,
	Institucionalizar o Comité Nacional de auditoria de mortes materna e perinatal.	No de encontros do Comité Nacional / ano	Despacho ministerial Relatórios dos encontros	0	2	4	4	DNPSCD, DNAM, DIS, MISAU
	Desenvolver e distribuir instrumentos para recolha e análise da mortalidade materna/perinatal e neonatal	Instrumentos desenvolvidos e disponíveis em todos os comités de auditorias	Guia de apoio à discussão das mortes e fichas de recolha disponíveis	Não existência	Desenvolvimento /testagem e reprodução do material	Distribuição a todos os comités provinciais e distritais	Distribuição a todos os comités provinciais e distritais	DNPSCD, DNAM, DIS, DPS/ MISAU HCM
	Reactivar e apoiar no funcionamento dos comités provinciais/ distritais de auditoria de mortes maternas e neonatais	Nº de províncias com comités provinciais/ distritais revitalizados	Relatórios dos encontros dos comités	0	Região Norte	Região centro/ sul		DNPSCD, núcleos provinciais /distritais
4.3 Promover a realização e utilização da informação de pesquisas operacionais.	Realizar inquérito CAP sobre as barreiras para a procura de cuidados de SMNI.	Resultados do inquérito CAP disponível	Relatório do inquérito	N.I		CAP realizado		DNPSCD, DIS, MISAU
	Documentar e divulgar as boas práticas	Nº de documentos/ pesquisas produzidos	Relatório da actividade	N.I	Documentar a Delegação de competência	Documentar o parto humanizado	Documentar outras boas práticas	DNPSCD, DPS/DDS INS-MISAU,
4.4 Monitorar e avaliar a implementação	Apoiar as províncias na elaboração do plano de SMN com base no Roteiro Nacional	No de províncias com plano de SMN adaptado ao Roteiro Nacional	Plano provincial disponível	0	5	6	11	DNPSCD, DPS/ MISAU,

Estratégia 4: Fortalecimento dos mecanismos de monitoria e avaliação a todos os níveis do SNS

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas				Responsável
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009	2010	
do Roteiro	Apoiar os distritos na elaboração do plano de SMN com base no plano provincial	% de distritos com plano de SMN elaborado	Plano distrital disponível	0	30%	70%	100%	DNPSCD, DPS/ MISAU,
	Realizar encontros regulares de monitoria da implementação do roteiro com os vários intervenientes.	Nº de Encontros realizados / ano	Relatório do encontro	0	2	2	2	DNPSCD, MISAU,
	Avaliar anualmente o progresso na implementação do Roteiro com a elaboração de um relatório anual.	Relatório anual elaborado	Relatório anual da implementação do roteiro	0	1	1	1	DNPSCD, MISAU, DPS

Estratégia 5: Advocacia para aumentar o compromisso e a mobilização de recursos para a SMN incluindo o planeamento familiar

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas				Responsável
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009	2010	
5.1 Advogar aos diferentes níveis do SWAp para que a SMN esteja no topo da agenda política e aumente a alocação de recursos (humanos e financeiros)	Realizar encontros regulares do grupo técnico multi-sectorial do SWAP	No de encontros do grupo SWAP/ trimestre	Relatórios dos encontros	2 (2007)	4	4	4	DNPSCD, MISAU, e parceiros
	Actualizar o instrumento de advocacia REDUCE	No de sessões de advocacia onde utilizo se o REDUCE actualizado	Material elaborado e difundido com material	2001	REDUCE actualizado			DNPSCD, DIS, DPC, MISAU,
	Advogar para o estabelecimento de 1 dia da mãe e da criança anualmente	Dia estabelecido sobre a saúde da mãe e criança	Despacho ministerial	0	1 dia sobre a saúde da mãe e criança			DNPSCD, MISAU, e parceiros
	Advogar ao nível do SWAPs Saúde para alocar fundos para a implementação do plano de formação acelerada de Recursos Humanos (cursos SMI e técnicos de cirurgia)	No de Cursos de SMI financiados / provincia	Relatórios nacional e provinciais dos RH			1 curso de ESMI básico /provincia		DNPSC, DNRH/MISAU
5.2 Divulgação do Roteiro a nível do sector público, privado,	Realizar encontros com os parceiros do sector de saúde para divulgar e mobilizar fundos para implementação do Roteiro	No de encontros realizados	Relatório, acta dos encontros	0	100% das actividades financiadas	actividades financiadas	actividades financiadas	DNPSCD, DIS, DPC, MISAU,

Estratégia 5: Advocacia para aumentar o compromisso e a mobilização de recursos para a SMN incluindo o planeamento familiar

Intervenção	Actividades	Indicadores de processo		Metas esperadas				Responsável
		Indicador	Meio de verificação	Linha de base	2008	2009	2010	
comunidades e dos parceiros de cooperação	Realizar encontros de com outros ministérios, parlamentares e comunidade para sensibilizar sobre a necessidade do envolvimento de todos na saúde da mãe e o recém nascido	No de encontros realizados	Relatório dos encontros	0	1	2	2	DNPSCD, DIS, DPC, MISAU,

J. PLANO DE CUSTOS DO ROTEIRO

PERÍODO 2008-2010

INTERVENÇÃO	ATIVIDADES	CUSTOS ESTIMADOS				COMENTARIOS / FONTE DE FINANCIAMENTO
		2008	2009	2010	Total	
1.1. Oferecer um pacote essencial de intervenções para a saúde materna e neonatal, segundo o nível de atenção	Divulgar os pacotes de intervenções da saúde materna e neonatal actualizados	9,100	12.000	6,000	27.100	Fundos para divulgar nos distritos e US
	Promover os Cuidados Obstétricos Essenciais nas US (4 CPN, parto na maternidade, consulta pós parto/pós natal, e o planeamento familiar no período puerperal)	6,780	12,550	14,000	33,300	(elaboração e distribuição de material, fundos para avaliação anual em US seleccionadas
	Melhorar os mecanismos de coordenação com CMAM e DNAM para garantir a distribuição e permanência de medicamentos, equipamentos e materiais essenciais para a SMNI nas US					
	Advogar junto a DNAM e Departamento de infra-estruturas para adequação das maternidades para um parto humanizado					Plano de reabilitação da DNAM, Dep de Infra-estruturas
	Promover o conceito de atenção humanizada ao parto na maternidade	80,000	95,000	80,000	255,000	Custo partilhados com DNAM, e Dep de Infra-estruturas
	Disseminar a Estratégia de Planeamento Familiar	6,720	29,150	31,900	67,770	Os custos incluem finalização, reprodução e distribuição a todos os níveis
1.2. Expandir os cuidados obstétricos de emergência e essenciais ao recém-nascido normal e de risco.	Assegurar a acreditação de Unidades Sanitárias em COEm e CERN	5,000	7,500		12,500	Preparar, reproduzir e distribuir guião de acreditação e outros instrumentos
	Implementar os CERN nas US com maternidades sem COEm					Treino do pessoal
		10,000	19,500	19,500	49,000	

INTERVENÇÃO	ACTIVIDADES	CUSTOS ESTIMADOS				COMENTARIOS / FONTE DE FINANCIAMENTO
		2008	2009	2010	Total	
	Promover o aleitamento materno exclusivo durante os 1ºs 6 meses de vida e imediato (na 1ª hora pós-natal)	10,000	12,500	12,500.00	35,000	Preparar material de apoio, divulgar e apoio na monitoria
	Promover o método mãe canguru para o RN de baixo peso		35,000		35,000	Preparar material de apoio, divulgar e apoio na monitoria
	Disseminar as normas de seguimento do RN de mãe seropositiva desde a maternidade até a consulta da criança de risco.	5,000	10,000	10,000	25,000	Reproduzir, distribuir e implementar as normas
1.3. Rever e/ou estabelecer normas/protocolos de SMN, com base em padrões locais e internacionais baseados em evidências.	Actualizar e distribuir as normas de seguimento da CPN para promoção das 4 CPN, e CPP/N para promoção de 2 CPP/N, (ênfase da primeira ser realizada durante a 1ª semana depois do parto	25,200	5,000	5,000	35,200	Para distribuição a todas as US com maternidades
	Actualizar e distribuir as normas de tratamento do tétano neonatal	8,000	3,000	3,000	14,000	
	Reproduzir e distribuir a norma sobre o despiste de Sífilis pre-natal	8,000	3,000	3,000	14,000	
	Reproduzir e distribuir as normas de prevenção e tratamento da malária na gravidez	8,000	3,000	3,000	14,000	
	Actualizar e distribuir os protocolos de conduta de COEM/ CERN	40,000	5,000	3,000	48,000	
1.4 Fortalecer o Sistema de transporte e comunicação para referência	Priorizar a instalação/reparação dos rádios de comunicação, telefones fixos ou celulares nas US das sedes distritais e de referencia	200,000	250,000	250,000	700,000	Em coordenação com a DNAM
	Advogar para a disponibilização de ambulância apenas para transporte de doentes em cada Sede distrital .	0	800,000	400,000	1,200,000	DNAM, e DPC Apoio na compra de ambulâncias

INTERVENÇÃO	ATIVIDADES	CUSTOS ESTIMADOS				COMENTARIOS / FONTE DE FINANCIAMENTO
		2008	2009	2010	Total	
	Rever e divulgar os critérios e mecanismos para referência da mulher e RN de risco	2,600	3,000	3,000	8,600	
1.5 Fortalecer o Sistema de Segurança de bens e materiais em SSR e Neonatal (PF, CPN, PTV, Parto, CPP, COEm e CERN)	Desenvolver e implementar estratégia do sistema de segurança de bens e produtos em SR e neonatal	5,000	0	0	5,000	Em coordenação com a DNAM, CMAM, fundos para desenvolver a estratégia
	Garantir o aprovisionamento de medicamentos para maternidade segura (ARV-PTV e TARV, TIP Malária e métodos contraceptivos)					Custos de medicamentos incluídos nos pacotes de intervenções
2.1 Garantir a disponibilidade de profissionais qualificados nos serviços de saúde materna e neonatal aos vários níveis.	Advogar para colocação de pelo menos 3 obstetras em cada província (pelo menos 1 nacional)					Em coordenação com o DNRH
	Advogar para colocação de 2 técnicos de cirurgia em cada hospital rural					
	Actualizar o currículo de formação de ESMI com a inclusão dos COEB/CERN como um pacote integrado, e outras intervenções de SMNI	25,000	30,000		55,000	Em coordenação com o DNRH
	Promover encontros com a Faculdade de Medicina para reforçar as habilidades em COEm dos médicos recém-graduados					DNPSCD, DNRH/MISAU Faculdade de Medicina
2.2. Aumentar e melhorar o treino do pessoal de Saúde Materna e Neonatal	Actualizar, reproduzir e distribuir o currículo de treino em serviço em COEm/ CERN com base no IMPAC incluir um guião de seguimento post-treino.	70,000	5,000	5,000	80,000	Inclui manual de treinador, participante e guião de seguimento
	Treino do pessoal de saúde em COEB/COEC/CERN	518,000	518,000	518,000	1,554,000	

INTERVENÇÃO	ACTIVIDADES	CUSTOS ESTIMADOS				COMENTARIOS / FONTE DE FINANCIAMENTO
		2008	2009	2010	Total	
	Actualizar os conhecimentos de ESMI e PE sobre cuidados de saúde materna e neonatal incluindo o PF e a nutrição nas novas abordagens/intervenções	272,538	289,500	304,500	866,538	Pacote integrado de treino em CPN, CPP, PF no puerperio, e atenção ao RN
	Realizar treinos em pacote de PTV e Sífilis para o pessoal de SMI e seguimento pós -treino (Sífilis e HIV/SIDA)	203,788	224,166	244,582	672,536	Pacote integrado para PTV e sífilis
	Realizar treinos provinciais para RPSMI e RDSMI em gestão e logística do Planeamento Familiar		85,333	88,375	173,708	Os treinos incluem todas as RPSMI e RDSMI
	Capacitar os recursos humanos na abordagem para melhoria da qualidade dos serviços de SSR, SNeonatal e Infantil	203,788	224,166	244,582	672,536	
3.1 Sensibilizar e capacitar as comunidades para promover a implementação de intervenções de saúde materna e neonatal na comunidade.	Desenvolver/ finalizar materiais de IEC culturalmente sensíveis relativos à saúde materna e neonatal, para promover a tomada de decisões, por parte da comunidade	10,000			10,000	Em coordenação com a RESP
	Disseminar materiais de IEC: mensagens na língua local, rotafolio, álbuns seriados, filme vídeo.		5,000	5,000	10,000	Em coordenação com a RESP
	Advogar para a inclusão de assuntos relacionados a saúde materna e infantil nos manuais de alfabetização para adultos					Em coordenação com o programa de saúde escolar e MINED
3.2 Fortalecer a capacidade dos indivíduos e famílias para conhecer os cuidados	Finalizar e divulgar a estratégia envolvimento e capacitação das Parteiras Tradicionais	20,000	5,000	5,000	30,000	Reprodução e disseminação
	Capacitar as Parteiras Tradicionais com base na estratégia actualizada	50,000	80,000	144,000	274,000	Fornecimento de material de treino

INTERVENÇÃO	ACTIVIDADES	CUSTOS ESTIMADOS				COMENTARIOS / FONTE DE FINANCIAMENTO
		2008	2009	2010	Total	
adequados na comunidade e a procura atempada dos cuidados de saúde.	Realizar encontros para sensibilizar as comunidades sobre os sinais de perigo na gravidez, parto, puerpério e RN, com apoio dos CLC	70,000	100,000	120,000	290,000	Em coordenação com a RESP
	Promover a elaboração de planos de preparação para o parto incluindo planos de transporte na comunidade					Em coordenação com a RESP. A realizar com a actividade anterior
	Criar parcerias com as rádios comunitárias e nacional para divulgação de mensagens chave da saúde materna e neonatal.	30,000	35,000	35,000	100,000	Em coordenação com a RESP.
	Definir e divulgar um pacote de intervenções comunitárias em saúde materna e neonatal	10,000				Em coordenação com a RESP. Custo de distribuição com a actividade 1.1
3.3 Melhorar a ligação e o acesso da comunidade ao SNS.	Promover encontros distrito/ comunidade para seguimento de actividades comunitárias, (<i>gestores de saúde, ACS, autoridades comunitárias, e parceiros locais</i>).	200,000	240,000	432,000	872,000	Em coordenação com a RESP
	Desenvolver plano de trabalho conjunto de actividades comunitárias ao nível distrital					A ser realizado com a actividade anterior
	Disponibilizar bicicletas ambulâncias ao nível das comunidades	425,000	425,500	425,500	1,275,000	Em coordenação com a DNAM
	Construir ou Reabilitar as casas de espera nas US das sedes distritais (DDS-comunidade)	40,000	75,000	75,000	190,000	Em coordenação com as DPS/DDS
4.1. Reforçar a capacidade para a	Rever/actualizar os instrumentos de supervisão e/ou avaliação em SMNI	5,000			5,000	

INTERVENÇÃO	ACTIVIDADES	CUSTOS ESTIMADOS				COMENTARIOS / FONTE DE FINANCIAMENTO
		2008	2009	2010	Total	
supervisão formativa, monitoria e avaliação do programa de SMN.	Realizar supervisões formativas a todos os níveis do SNS	900,863.50	1,261,208.9	1,441,381.6	3,603,454	Provincia-distrito-US
	Realizar encontros regulares com departamentos relevantes e parceiros para análise da informação e tomada de decisões.	300	600	600	1,500	
	Realizar encontros regionais para planificação provincial das intervenções da SMNI.	40,406	44,446	48,486	133,338.	3 encontros anuais com as SPSMI, Médicos chefes provinciais e
4.2. Melhorar o Sistema de recolha e análise de dados.	Finalizar e testar os instrumentos do SIS e de recolha de informação	2,500	5,000		7,500	Coordenado com DIS
	Institucionalizar o Comité Nacional de auditoria de mortes materna e perinatal.	6,000	6,000	6,000	18,000	
	Desenvolver e distribuir instrumentos para recolha e análise da mortalidade materna/perinatal e neonatal	7,000	10,000	10,000	27,000	
	Reactivar e apoiar no funcionamento dos comités provinciais/ distritais de auditoria de mortes maternas e neonatais	110,000	110,000	110,000	330,000	
4.3 Promover a realização e utilização da informação de pesquisas operacionais.	Realizar inquérito CAP sobre as barreiras para a procura de cuidados de SMNI.	5,000	50,000		55,000	
	Documentar e divulgar as boas práticas		10,500	15,000	25,500	
4.4 Monitorar e avaliar a implementação do Roteiro	Apoiar as províncias na elaboração do plano de SMN com base no Roteiro Nacional	30,000	36,000	25,000	91,000	Deslocação do pessoal do nível central e organização dos encontros

INTERVENÇÃO	ACTIVIDADES	CUSTOS ESTIMADOS				COMENTARIOS / FONTE DE FINANCIAMENTO
		2008	2009	2010	Total	
	Apoiar os distritos na elaboração do plano de SMN com base no plano provincial	67,500	150,000	216,000	433,500	Deslocação d pessoal do nível provincial e organização dos encontros
	Realizar encontros regulares de monitoria da implementação do roteiro com os vários intervenientes.	500	500	500	1,500	
	Avaliar anualmente o progresso na implementação do Roteiro com a elaboração de um relatório anual.	5,000	5,000	5,000	15,000	Realização de relatório, reprodução e distribuição
5.1 Advogar aos diferentes níveis do SWAp para que a SMN esteja no topo da agenda política e aumente a alocação de recursos (humanos e financeiros)	Realizar encontros regulares do grupo técnico multi-sectorial do SWAP					MISAU e parceiros
	Actualizar o instrumento de advocacia REDUCE	5,000			5,000	
	Advogar para o estabelecimento de 1 dia da mãe e da criança anualmente					Nível ministerial
	Advogar ao nível do SWAPs Saúde para alocar fundos para a implementação do plano de formação acelerada de Recursos Humanos (cursos SMI e técnicos de cirurgia)		960,000		960,000	Cada curso treina 30 pessoas
5.2 Divulgação do Roteiro a nível do sector público, privado, comunidades e dos parceiros de cooperação	Realizar encontros com os parceiros do sector de saúde para divulgar e mobilizar fundos para implementação do Roteiro	500	500	500	1,500	
	Realizar encontros de com outros ministérios, parlamentares e comunidade para sensibilizar sobre a necessidade do envolvimento de todos na saúde da mãe e o recém nascido.	1,500	3,000	3,000	7,500	

TABELA RESUMO DOS CUSTOS DO ROTEIRO DA SAÚDE MATERNA E NEONATAL		Custos em USD			
		2008	2009	2010	Total
Pacotes de intervenções	Atendimento Pre-natal (4 consultas pre-natais)	6,164,832.42	6,850,858.48	6,850,858.48	19,866,549.39
	Complicações na gravidez (ITs, Malária e HIV)	6,257,637.82	6,998,228.97	6,998,228.97	20,254,095.76
	Cuidados Obstétricos de Emergência	44,698,929.73	46,027,837.84	88,031,797.44	178,758,565.01
	Consulta pos-parto incluindo Planeamento familiar no puerpério	340,096.95	385,335.63	419,965.20	1,145,397.79
	Asfixia Neonatal	1,919,148.70	1,965,078.96	2,012,202.43	5,896,430.08
	Sub-Total	60,207,940.61	63,106,737.78	105,237,464.13	228,552,142.52
Apoio ao Sistema	Custo de medicamentos essenciais da Maternidade segura	Incluído no pacote de intervenções por ano			
	Custo de equipamento e artigos médios da Maternidade Segura	Incluído no pacote de intervenções por ano			
	Reforço do Sistema (bicicletas ambulâncias, ambulâncias, rádios de comunicação)	627,600	1,478,000	1,078,000	3,175,000
	Sub-Total	627,600	1,478,000	1,078,000	3,175,000
Actividades Programáticas	Normas, Guiões, Estratégias, materiais de IEC	246,800	242,700	181,400	670,900
	Supervisão, Monitoria e Avaliação	1,134,164	1,639,309	1,823,982	4,597,454
	Reuniões de Advocacia e outros encontros	53,000	53,700	57,480	164,180
	Intervenções Comunitárias	400,000	530,000	806,000	1,736,000
	Sub-Total	1,833,964	2,465,709	2,868,862	7,168,534
Recursos Humanos	Treinos	1,303,114	2,355,665	1,424,539	5,083,318
	Pessoas adicional (obstetras)	Incluído no Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos			
	Salários	12,314,213.78	12,876,185.47	20,549,941.85	45,740,341.10
	Sub-total	13,617,328	15,231,850	21,974,481	50,823,659
Grande Total		76,286,832.61	82,282,297.15	131,158,806.58	289,719,336.12

CAPÍTULO III: COORDENAÇÃO, MONITORIA E AVALIAÇÃO

A. DEFINIÇÃO DE PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

Introdução

O Roteiro constitui um guia orientador com intervenções prioritárias que são chave para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal e, desta maneira, atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 4, 5 e 6 até 2015. A saúde da mãe e a criança não é somente responsabilidade do Sector da Saúde mas do Governo como um todo e em geral, de todos os intervenientes que directa ou indirectamente trabalham em prol da saúde destes grupos alvo. Assim, com vista a atingir os objectivos traçados neste Roteiro, torna-se necessária uma planificação e implementação de acções conjuntas entre o Ministério da Saúde e outros actores intervenientes.

3.1 Papel e Responsabilidades Específicas

1. SECTOR SAÚDE

O Sector Saúde tem a responsabilidade de liderar e coordenar a implementação das intervenções definidas neste roteiro, assim como desenvolver acções de advocacia junto aos outros intervenientes, mobilizar e alocar os recursos necessários, monitorar o processo de implementação e avaliar o impacto das intervenções, de forma a atingir os ODMs.

A. **Nível Central:**

Tem a responsabilidade da definição e elaboração de políticas, estratégias, normas e guiões, mobilização e alocação de recursos e definição dos indicadores para monitoria e avaliação.

Direcção Nacional de Promoção da Saúde e Controlo das Doenças/Assistência Médica

- **O Departamento de Prevenção da Saúde e Protecção da Doença (DPSPD)**, supervisionar e coordena todas as actividades para a execução deste roteiro:
 - Advogar para que o Roteiro seja adoptado como uma prioridade na Agenda do Sector Saúde e dos Parceiros de Desenvolvimento (SWAP);
 - Divulgar o Roteiro e seu Plano de Acção para todos os níveis de gestão e atenção de saúde.
 - Facilitar o desenvolvimento de capacidades a todos os níveis através da elaboração de políticas, estratégias, normas, guiões, protocolos e manuais de formação para a Saúde Materna e Neo-natal;
 - Elaborar fluxogramas para garantir a integração efectiva da Saúde Materna, Neonatal, Infantil, PAV, Nutrição, Malária, Tuberculose e ITS/HIV/SIDA, de modo a oferecer, à mulher, neonato e à criança, cuidados integrados e continuados;
 - Assegurar uma coordenação efectiva com a Direcção Nacional de Planificação e Cooperação, Direcção Nacional de Recursos Humanos, Direcção Nacional de Assistência Médica, Departamento Farmacêutico e Direcção de Administração e Finanças para a implementação de Sistemas de Apoio como: Sistema de Informação, Sistema de Segurança da Qualidade e Sistema de Segurança de Bens e Produtos (material, equipamento médico, medicamentos e contraceptivos) para a Saúde Reprodutiva e Neonatal e garantir a formação de recursos

- humanos qualificados para prestar serviços em SMI.
 - Assegurar a inclusão do pacote actualizado de indicadores para SMI no SIS e actualizar os instrumentos de análise de dados de forma a garantir a recolha e análise dos indicadores para os Cuidados Obstétricos de Emergência e de Atenção ao Neonato.
 - Monitorizar a implementação roteiro e avaliar o impacto das intervenções.
- **Direcção Nacional de Assistência Médica**, em coordenação com o Departamento de Saúde da Comunidade e outros Departamentos afins, assegurar a implementação do Sistema de Segurança da Qualidade da Atenção, Programa dos Bancos de Sangue e Sistema de Referência.
- **Departamento Farmacêutico/Central de Medicamentos e Artigos Médicos**, em coordenação com o **DPSPD** e outros Departamentos afins, assegurar a componente “medicamentos, contraceptivos, artigos médicos e consumíveis do Sistema de Segurança de Bens e Produtos para a SSR e Neonatal”;
- **Direcção de Recursos Humanos:**
 - Assegurar a formação e colocação de profissionais de saúde de forma equitativa, assim como implementar mecanismos para a retenção de pessoal nas áreas mais desfavorecidas;
 - Assegurar que aumente progressivamente a formação de recursos humanos qualificados para prestar serviços em SMI.
 - Garantir a inclusão de novos conceitos, conhecimentos e habilidades nos Currícula de Formação Formal (em coordenação com o DSC e o DNAM);
 - Coordenar as actividades de formação contínua, garantindo a criação e manutenção de uma Base de Dados.
- **Direcção de Administração e Finanças**
 - Garantir a alocação de recursos financeiros necessários para a implementação das intervenções do Roteiro;
 - Em coordenação com o DPSPD e outros Departamentos afins, assegurar a componente “Material, Equipamento Médico-Cirúrgico e Meios Auxiliares de Diagnóstico do Sistema de Segurança de Bens e Produtos para a SSR e Neonatal”

Direcção de Planificação e Cooperação

- Assegurar a inclusão do Roteiro como prioridade na Agenda do Sector Saúde; advogando junto aos Parceiros de Desenvolvimento (SWAp) para mobilização de recursos e apoio na advocacia a outros sectores e sociedade civil;
 - Incluir no Plano Director de Construção das US a planta tipo da Casa de Espera; equipa – lhas e definir mecanismos para a sua funcionalização (alimentação, etc.)
 - Garantir a inclusão do pacote de indicadores desagregados sobre saúde materna, peri e neonatal no Sistema Nacional de Informação, Monitoria e Avaliação;
- B. Nível Provincial:**
- Assegurar a divulgação do Roteiro e o seu Plano de Acção ao nível provincial (incluindo outras Direcções Provinciais), distrital, local de prestação de serviços e comunidade;
 - Assegurar a o desenvolvimento de um Plano Acção Provincial para a saúde materna e neonatal com base nas intervenções do Roteiro e as prioridades da província, e garantir sua inclusão no Plano Operacional Anual Provincial;
 - Assegurar o desenvolvimento de capacidades aos níveis provincial, distrital, e locais de prestação de serviços (apoio técnico à formação contínua, alocação de recursos financeiros,

- materiais, equipamentos e outros) para a implementação do plano provincial;;
- Assegurar um sistema de supervisão contínua e monitoria do processo de implementação do POA (Plano Operacional Anual) baseado no Roteiro Nacional;
- Assegurar o funcionamento dos Comitês Provinciais de Mortes e Complicações Obstétricas Maternas, Peri e Neo-Natais, para uma retro-informação e tomada atempada de decisões;

C. Nível Distrital

- Assegurar a divulgação do Roteiro e seu Plano de Acção a todos os parceiros neste nível: ONG's, Organizações com base na comunidade, outras direcções distritais e sector privado;
- Garantir a inclusão das intervenções do Roteiro no Plano Operacional Anual do distrito;
- Coordenar e supervisionar a implementação e monitoria do Plano do Roteiro a Nível Distrital (incluindo as actividades desenvolvidas pelos diferentes parceiros e a comunidade a este nível);
- Garantir o desenvolvimento de actividades de empoderamento da comunidade para a promoção da saúde da mãe e recém-nascido;

D. Unidades Sanitárias

- Oferecer serviços de saúde materna e neo-natal de qualidade (incluindo a melhoria na gestão de recursos humanos, materiais e medicamentos);
- Prestar apoio técnico e supervisão formativa à comunidade para a implementação de Serviços de base comunitária;

E. Comunidade

- O Comité de Gestão de Localidade deverá ser responsável pela implementação e supervisão das Actividades do Roteiro a este nível. Outras responsabilidades incluem:
 - Estabelecer/reforçar mecanismos de monitoria de base comunitária;
 - Estabelecer e apoiar os Comitês de Saúde da Aldeia com o apoio das US de ligação.
 - Mobilizar a comunidade para envolvimento e participação nas intervenções em prol a saúde materna e infantil a este nível

2. PAPEL DOS PARCEIROS DE DESENVOLVIMENTO

- Sob coordenação do MISAU, garantir o apoio técnico e financeiro para a planificação, implementação, monitoria & avaliação do Plano de Acção do Roteiro;
- Advogar para o aumento do compromisso da Comunidade Internacional e Nacional para intervenções que visam a redução da mortalidade materna e neo-natal, principalmente do Plano do Roteiro;
- Advogar para uma maior alocação de recursos (Orçamento do Estado e Fundos comuns) no Plano Económico e Social anual a intervenções que visam a redução da mortalidade materna e neo-natal.

3. PAPEL DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO

- Rever e actualizar currículos para garantir que sejam abordados temas importantes para a saúde sexual e reprodutiva, em particular a materna e do recém-nascido;
- Garantir apoio técnico e actualizado sobre os desenvolvimentos correntes aos fazedores de política na área de saúde sexual e reprodutiva, materna e neonatal;
- Realizar pesquisas relevantes sobre saúde materna e neonatal para providenciar evidências às políticas e directivas de implementação.

B. MONITORIA E AVALICAO

O Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva e Saúde Infantil coordenará a implementação do Roteiro ao nível nacional, em colaboração com outros programas e departamentos relacionados tais como, a SI, Malária, Nutrição, PAV, HIV/SIDA, RESP, e ainda as direcções nacionais de Assistência Médica, CMAM, Recursos Humanos, Gestão financeira, SIS.

O acompanhamento regular das actividades a todos os níveis e as avaliações periódicas permitirá conhecer os progressos alcançados na melhoria da SMN, durante a implementação do Roteiro. Um conjunto de indicadores foi seleccionado para facilitar esta monitoria e avaliação. Para uma monitorização e avaliação efectiva, o nível central deverá harmonizar os planos de nível central e provincial; elaborar relatórios trimestrais, semestral e anual; desenvolver planos de monitoria e avaliação das actividades de SMN, incluindo definição e adequação de indicadores de processo e de resultados do programa, e participar no desenho, na implementação e monitoria de pesquisas/inquéritos operacionais e na apresentação de relatórios de resultados com a finalidade de rever as estratégias e as actividades principais do Programa;

O nível provincial, a Responsável de Saúde Materno Infantil é o ponto focal do programa, pelo que deverá apoiar ao nível provincial para que o plano do Roteiro seja transmitido e implementado nos distritos.

A monitoria do Roteiro baseia-se fundamentalmente nos relatórios dos encontros, reuniões de coordenação, visitas de supervisões ou de apoio a treinos efectuadas e nos inquéritos pontuais. No final de 2010, prevê-se uma avaliação (ver matriz de monitoria e avaliação), que permitirá medir o impacto das intervenções e desenhar novas intervenções para o período de 2011 a 2015

MATRIX DE MONITORIA E AVALIAÇÃO

OBJECTIVOS / METAS ESPECIFICAS	INDICADORES DE RESULTADO E IMPACTO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	Linha base (%)	METAS	
				2010	2015
Indicadores Gerais de Resultado					
Reduzir a taxa de mortalidade materna	Taxa de Mortalidade materna	IDS	408 (2003)	350	250
Reduzir a taxa de mortalidade neonatal	Taxa de mortalidade neonatal	IDS	48 (2003)	36	30
Garantir o acesso a assistência qualificada durante a gravidez, parto, período neonatal e pós-natal, incluindo o planeamento familiar, a todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde.					
Expandir e melhorar a qualidade da Atenção pré-natal.	Taxa de cobertura pre-natal	Relatório PES	85	90	95
	% grávidas que receberam pelo menos 4 CPN	Inquéritos bianuais	53.1 (2003)	60	70
	% de grávidas testadas para a Sífilis	Relatório PES	60	80	90
	% de grávidas que recebem suplementação de ferro	Inquéritos bianuais	60 (2003)	70	80
	% de mulheres grávidas que receberam pelo menos 2 doses de VAT	Relatório PES	57.(2003)	60	75
Expandir e melhorar a qualidade da Atenção ao Parto e ao Recém-Nascido normal e de risco.	% de partos institucionais	Relatório PES	48	56	66
	N.º de US que prestam COEB incluindo CERN);	Relatório PES	1,23/500.000 hab	3,0/500.000 hab	4,0/500.000 hab
	N.º de US que prestam COEC	Relatório PES	0,97/500.000 hab	1,1/500.000 hab	1.5
	Taxa de Letalidade das complicações obstétricas directas nas US com COEm	Relatório PES	2,3	1,5	1
	Taxa de Cobertura de Necessidades Satisfeitas para complicações obstétricas tratadas em US com COEm	Relatório PES	16% (2001)	30%	50%
	% de cesariana de todos os nascimentos	Relatório PES	1.8 (2007)	3%	5%
	% mães que iniciaram o aleitamento materno na primeira hora depois do parto	Relatório PES	65	75	80
	% de RN com baixo peso a nascença	Relatório PES	9.8% -2004	7	4

OBJECTIVOS / METAS ESPECIFICAS	INDICADORES DE RESULTADO E IMPACTO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	Linha base (%)	METAS	
				2010	2015
	Nº de US com serviços de reanimação neonatal	Relatório PES	31		
	% de US com COEmB com ambulâncias em funcionamento;	Relatório PES		70%	100%
	% de US com COEmC com ambulâncias em funcionamento;	Relatório PES		100	100%
	% de CS distritais com rádios de comunicação operacionais	Relatório PES	50%	100%	100%
Expandir e melhorar a qualidade da Atenção no período Pós-natal (mãe e recém-nascido) incluindo o Planeamento Familiar	% de mães recebendo cuidados post-natais dentro da primeira semanas após o parto	Relatório PES	8.4 (2003)	30%	50%
	Taxa de cobertura da Consulta Pós-natal	Relatório PES	56% (2003)	68%	80%
	% de puérperas que receberam suplementação de Vitamina A	Relatório PES	S/I	75	85
	Taxa de cobertura de uso de contraceptivos	Relatório PES	14	24	34
Expandir as intervenções de PTV e TIP— Malária	% de mães HIV (+) que receberam profilaxia completa com ARV	Relatório PES	30% (2007)	40%	60%
	% de RN de mães HIV (+) que receberam ARV	Relatório PES	5	25	30 (2012)
	% de grávidas que receberam pelo menos 2 doses de TIP	Relatório PES	NA	45%	55(2012)
Reforçar a capacidade dos indivíduos, famílias e comunidade, para melhorar a saúde materna e dos recém nascidos					
Estabelecer e/ ou fortalecer os Comitês Comunitários de Saúde.	Nº de CSC/ CLC que participam activamente em acções de promoção da saúde maternal e neonatal.	Relatórios distritais/ provinciais	N/D	2 por cada US	4 por US
Promover a elaboração de planos de preparação para o parto a nível	Nº de comunidades que implementaram o plano de preparação e resposta de urgência e planos para SMN e PF.	Relatórios distritais/ provinciais	N/D	2 por cada US	4 por US
Mobilizar a comunidade para participar nas intervenções comunitárias.	% de distritos onde estejam representantes das comunidades em reuniões distritais.	Relatórios distritais/ provinciais	N/D	30%	50%
	% de sedes distritais em que existe 1 casa de espera	Relatórios distritais/ provinciais	30% (2007)	55%	70%
Fortalecer a capacidade da comunidade para os cuidados	% de comunidades que conhecem pelo menos 3 sinais de perigo para cada uma das fases:	Inquérito bianual	S/I	40%	60%

OBJECTIVOS / METAS ESPECIFICAS	INDICADORES DE RESULTADO E IMPACTO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	Linha base (%)	METAS	
				2010	2015
continuados;, cuidados na comunidade e a procura atempada de cuidados de saúde.	gravidez, parto, pós parto e recém-nascido;				

Os seguintes indicadores também serão utilizados para monitorar a implementação das varias intervenções do Roteiro nacional

Proporção de fundos alocados (orçamento do Estado e fundos comuns) a saúde materna e neonatal;

% de Províncias que desenvolveram o plano provincial com base no Roteiro Nacional.

% de US que recebem supervisões integradas/ano

% de províncias que apresentam anualmente relatórios de monitoria sobre os progressos alcançados.

ANEXO 1: Análise FFOA

Forças	Fraquezas	Oportunidades	Ameaças
SMI é uma prioridade para o Ministério de Saúde	Falta de adequada integração dos diferentes programas	A SMI está no topo da agenda política entre o governo e os parceiros de cooperação (SWAp)	Condicionamento da agenda dos parceiros
Moçambique é signatário das várias iniciativas globais focalizadas nos ODM 4 e 5	Grande enfoque no programa de HIV/SIDA com risco de negligenciar o programa de SMI Falta de um plano da Saúde materno-infantil com estimativa de custos	Várias iniciativas globais focalizadas na SMI Programado o Exercício da estimativa de custos para o Roteiro Nacional e Plano Estratégico da SI	Risco de fragmentação de intervenções programáticas se tais iniciativas exigem planos específicos
Melhoria na gestão de fundos e utilização dos mecanismos nacionais na gestão dos fundos comuns	Insuficiência de fundos	Aumento previsível da contribuição dos doadores para os fundos comuns	Falta de previsibilidade de fundos por parte dos parceiros de cooperação
Plano acelerado de formação em recursos humanos	Persiste a escassez de recursos humanos em número e qualidade	Em discussão o assunto sobre incentivos aos provedores de saúde	Sobreposição de tarefas
Existência de gestores qualificados a todos os níveis			
Existência de uma política de SSR	Falta de uma Estratégia única de SSR que integre todas os componentes	Em processo a avaliação nacional de necessidades em saúde materna e neonatal	
Existência dum plano estratégico nacional para a redução da mortalidade materna e perinatal	Necessidade de actualizar o plano		
Existência de uma política de participação comunitária, embora ainda não aprovada	Falta de clareza no papel das parteiras tradicionais na prevenção da mortalidade materna e neonatal	Estratégia sobre as parteiras tradicionais actualmente em elaboração	As parteiras não percebem com clareza o seu papel na redução da mortalidade materna e neonatal
Pacote de indicadores em SMI revisto para a sua integração no SIS	SIS com deficiências na recolha e análise de dados assim como fraca utilização dos dados para a planificar e priorizar as acções a todos os níveis.	Maior enfoque na gestão baseada em resultados Reestruturação do SIS	

COLABORADORES / INSTITUIÇÃO:

Dra. Lília Jamisse	DNSA de Promoção e Protecção de Saúde/DSC
Dra. Atália Macome	Chefe da Repartição de Saúde Familiar/DSC
Dra. Elsa Jacinto	Chefe da Secção de Saúde Reprodutiva/DSC
Dra. Ana Dai	Secção de Saúde Reprodutiva/DSC
dra. Olga Sigáúque	Secção de Saúde Reprodutiva/DSC
Dr. Cassimo Bique	Secção de Saúde Reprodutiva/DSC
Dra. Benedita da Silva	Chefe da Secção de Saúde Infantil/DSC
Dr. Naguib Gulamo	Secção de Saúde Infantil/DSC
Dra. Ivone Zilhão	Secção de Saúde Escolar e do Adolescente/DSC
Dra. Fernanda Machungo	Hospital Central de Maputo
Dra. Alicia Carbonell	OMS
Dra. Daisy Trovoada	OMS
Dra. Lucia Linares	OMS
Dra Eva Pascoal	OMS
Dra. Maria da Luz Vaz	FNUAP
Dra. Pilar de la Corte	FNUAP
Dr. Amir Modan	FNUAP
Dra. Verónica Reis	FORTE Saúde/USAID
Dra. Isabel Nhatave	FORTE Saúde/USAID
Dr Tutus Angi	USAID
Dra. Dezi Mahotas	UNICEF

REFERENCIAS

1. A WHO report on inequities in Maternal and Child Health in Mozambique. Geneva: World Health Organization. 2007
2. Balanço do PES 2006, MISAU
3. Balanço do PES 2007, MISAU
4. Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS, aprovado pelo diploma ministerial n.127/2002., MISAU
5. Documento Estratégico para o Controlo da Malária em Moçambique, MISAU 2006
6. Inquérito Demográfico de Saúde 1997 e 2003
7. Plano de aceleração da formação de técnicos de saúde. Julho 2006-unho 2009
8. Plano de desenvolvimento para recursos humanos 2005-2010, MISAU
9. Relatório de Desenvolvimento Humano de 2005
10. Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) 2007-2011, Maputo 2008
11. Relatório do Programa Nacional de Cirurgia- MISAU 2006
12. Plano plurianual do PAV 2007-2009, MISAU- Moçambique
13. Roteiro para acelerar a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milénio relativas à saúde materna e dos recém-nascidos em África - Escritório Regional Africano da OMS (versão portuguesa 2006)
14. Redução de Mortalidade materna e Perinatal - Plano Operacional 2002-2005 MISAU 2000